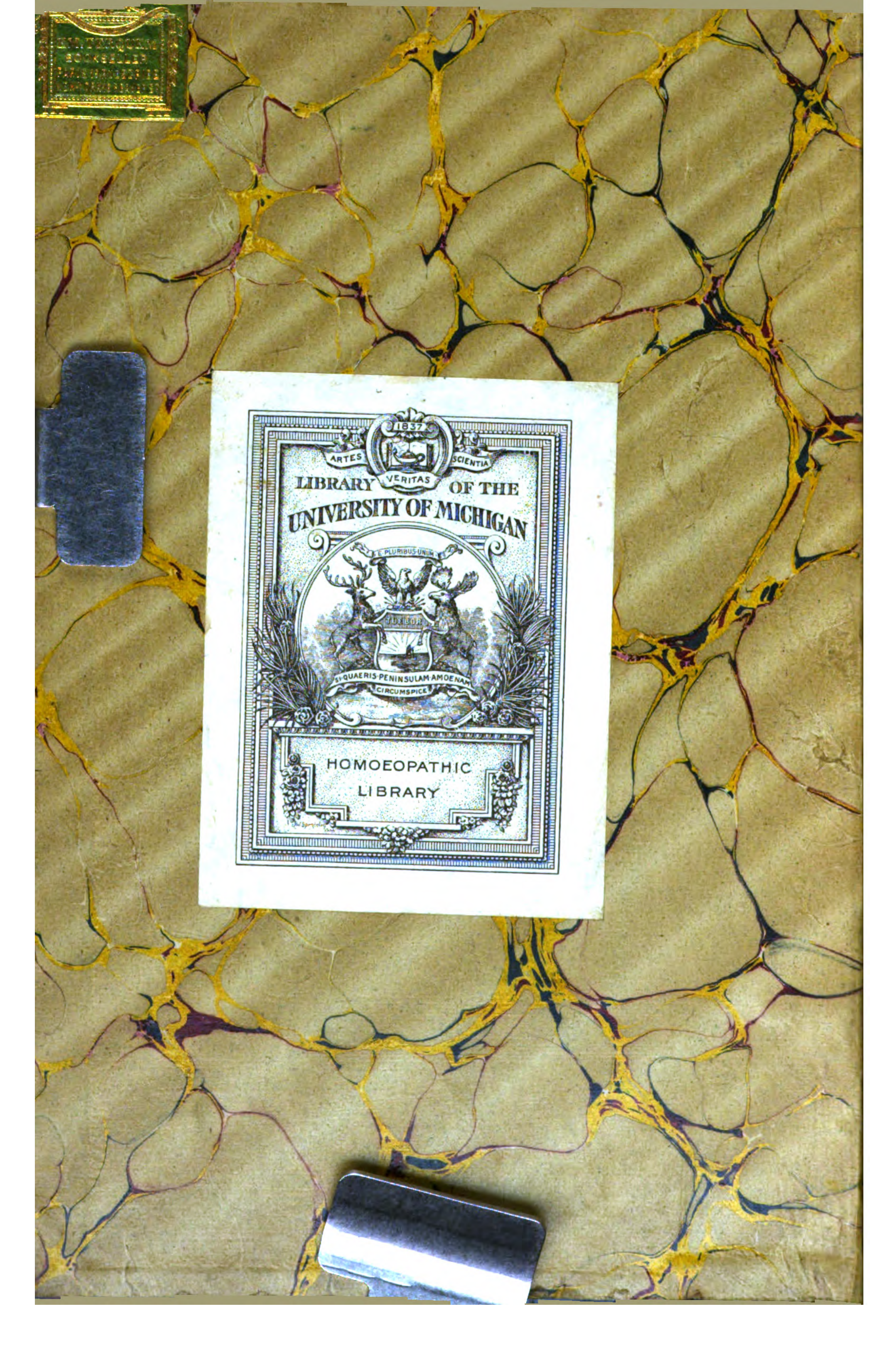
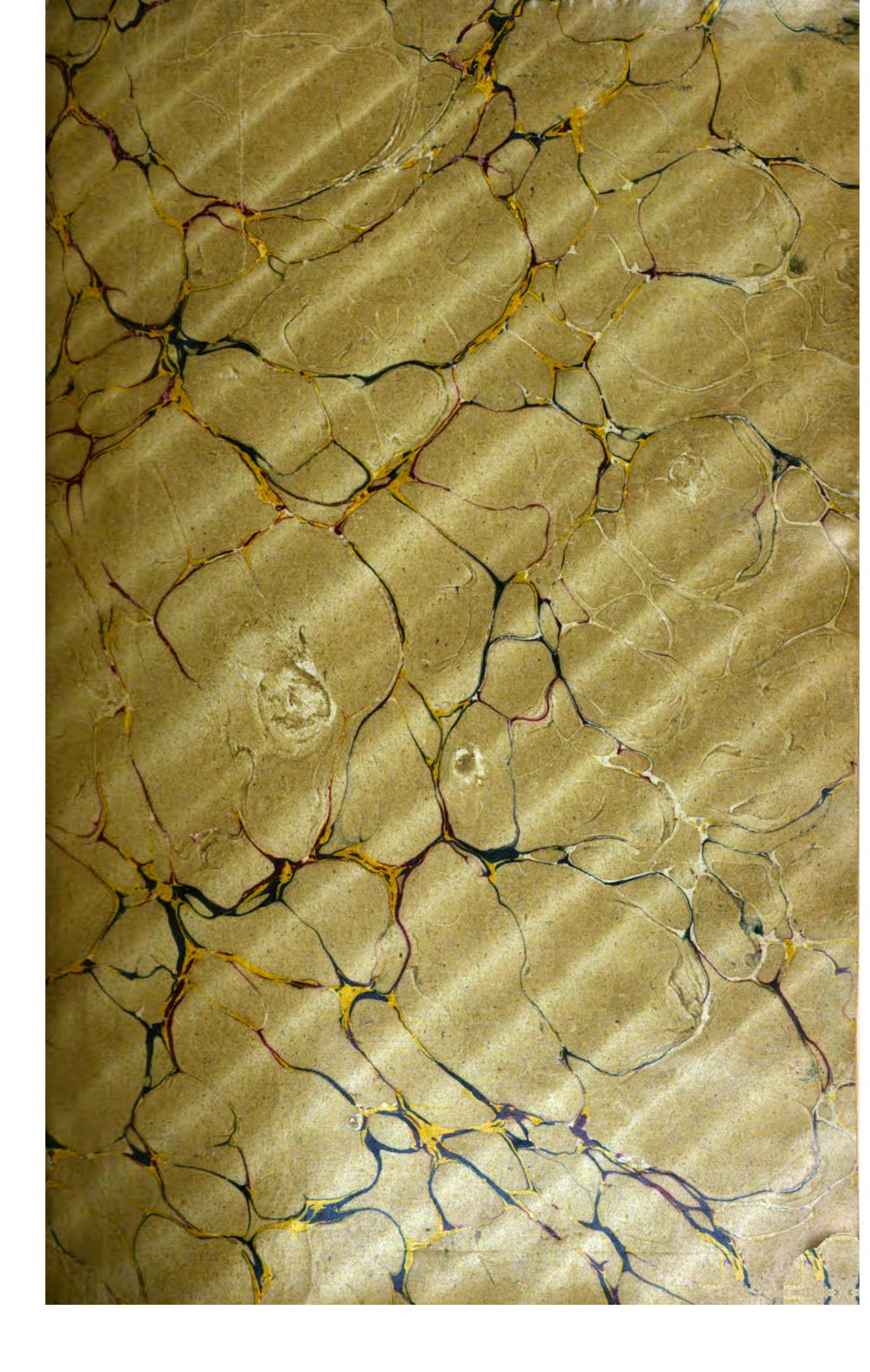
B 3 9015 00223 520 1
University of Michigan – BUHR



1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE
HOMOEOPATHIC
LIBRARY



L'ART MÉDICAL

L'ART MÉDICAL

JOURNAL

DE MÉDECINE GÉNÉRALE

ET

DE MÉDECINE PRATIQUE

FONDÉ PAR

JEAN-PAUL TESSIER

PHILOSOPHIE MÉDICALE

HISTOIRE NATURELLE	NOSOGRAPHIE
ANATOMIE	ÉTIOLOGIE
PHYSIOLOGIE	SÉMÉIOTIQUE
HYGIÈNE	ANATOMIE PATHOLOGIQUE

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE

MÉDECINE DES INDICATIONS POSITIVES

TRENTE-SIXIÈME ANNÉE

TOME LXX

PARIS

AU BUREAU DU JOURNAL

4, RUE BASTIAT, 4

1890

L'ART MÉDICAL

JANVIER 1890

LA GRIPPE A PARIS

Depuis quelques semaines, la grippe régnait en Russie, et il était facile de prévoir que, fidèle à son itinéraire habituel, elle ne tarderait point à envahir la France. Cette maladie a en effet pour coutume de marcher de l'est à l'ouest, et les nombreuses épidémies dont nous avons l'histoire ont presque toujours confirmé cette règle.

Aussi quand la maladie éclata à Paris à la fin de novembre, on put dire qu'elle ne surprit aucun médecin instruit ; mais il n'en fut pas de même du public, gobeur et peureux ; il but avec acharnement les innombrables bourdes publiées par les journaux politiques ; ceux-ci n'ayant qu'un but, se faire lire, ne se préoccupant ni des intérêts du haut commerce, ni de la paix de la grande cité parisienne, répandirent et répandent encore les renseignements les plus effrayants sur l'épidémie actuelle.

Il est superflu de rappeler à nos lecteurs que le *catarrhe épidémique* généralement connu en France sous le nom de grippe n'en est point à sa première apparition parmi nous. Depuis le commencement du seizième siècle nos annales contiennent l'histoire d'une cinquantaine d'épidémies, les unes graves, les autres bénignes, toutes présentant des symptômes communs et des symptômes différentiels qui donnent un caractère spécial à chaque épidémie.

L'épidémie de 1889 présente les symptômes communs à toutes les grippes : début brusque, grande faiblesse, état nauséeux, céphalalgie intense, courbature générale.

Elle offre des symptômes spéciaux qui permettent de décrire trois formes distinctes :

1° *Une forme catarrhale*, caractérisée par une laryngo-trachéite qui peut se propager aux petites bronches, au tissu pulmonaire et même à la plèvre, d'où des broncho-pneumonies et des pleurésies qui peuvent rendre cette forme dangereuse ;

2° *Une forme rhumatoïde*, caractérisée par des douleurs musculaires excessivement violentes qui ont pour caractère d'obliger le malade à changer continuellement de place ;

Cette forme n'entraîne aucun danger pour la vie.

3° *Une forme fébrile*. Un mouvement fébrile excessif atteignant 40° constitue la caractéristique de cette forme. La céphalalgie est très prononcée, les yeux congestionnés sont sensibles à la lumière ; il y a toujours un certain degré de courbature. Elle débute souvent par des vomissements, elle peut s'accompagner de diarrhées et de coliques.

Cette forme, qui a été quelquefois mortelle dans les épidémies précédentes, est toujours bénigne cette année ; il n'est pas rare de la voir se terminer en vingt-quatre ou trente-six heures.

Toutes ces formes peuvent revêtir le type intermittent, quotidien ou tierce.

J'ai observé, quoique rarement, des éruptions érythémateuses sur la face et sur les membres. Ces érythèmes ont

été signalés dans quelques-unes des épidémies du commencement de ce siècle.

L'existence de cas de grippes sans aucun symptôme de catarrhe a dérouté bon nombre de médecins qui ont l'habitude de considérer la grippe comme une affection essentiellement catarrhale et toujours liée à l'existence d'une bronchite. C'est là, dans la force même du mot, un préjugé. L'histoire des autres épidémies de grippe nous a montré des exemples de grippes sans catarrhes.

C'est à ce propos qu'on a fait intervenir la dengue comme une maladie accompagnant l'épidémie actuelle de grippe. C'est là un de ces non-sens qui trouve son explication dans l'ignorance où se trouve la plupart des médecins vis-à-vis de la dengue, maladie qui n'a jamais été observée en Europe sous nos climats. Les médecins de la marine qui ont pratiqué sous les tropiques et qui ont observé les épidémies de dengue qui déciment la race nègre, ont protesté énergiquement contre une semblable assimilation ; la dengue est en effet une fièvre éruptive parfaitement définie et qui n'offre aucun rapport avec la grippe, maladie dans laquelle les éruptions sont tout à fait exceptionnelles et dépourvues de caractères spécifiques.

Je terminerai cette courte notice par quelques mots sur le traitement de la grippe en 1889.

L'aconit est le médicament principal, nous l'avons toujours prescrit au début, à la dose de 20 à 30 gouttes de teinture mère à prendre en 24 heures. Dans les formes fébriles nous croyons devoir attribuer à ce médicament la guérison rapide de la maladie. Dans les autres formes il a toujours diminué le mouvement fébrile, la céphalalgie, et la courbature.

La belladona à la 3e dilution nous a rendu service contre la céphalalgie intense.

Eupatorium, signalé déjà par les médecins américains contre les douleurs ostéocopes de la grippe, est un bon médicament. En teinture mère il est extrêmement désagréable ; en général, nous avons prescrit la 3e dilution.

Rumex crispus est un bon médicament de la toux quinteuse si fréquente dans la grippe.

Dans les cas de bronchite, de pneumonie et de pleurésie nous avons appliqué le traitement habituel de ces maladies.

Dans le mouvement fébrile où les accidents étaient franchement intermittents, nous avons employé avec succès *le sulfate de quinine* à haute dose.

Nous avons quelquefois employé l'*antipyrine*, et même les injections hypodermiques de morphine dans les cas de douleurs excessives chez des personnes très nerveuses.

Nous savons que nos confrères allopathes, prodiguent l'*antipyrine et le sulfate de quinine* dans le traitement de la grippe, et qu'ils couronnent cette thérapeutique fantaisiste par l'usage constant d'un ou plusieurs purgatifs destinés sans doute à enlever *les humeurs peccantes*, reliquats nécessaires de toutes les maladies infectieuses.

Si nous en croyons les journaux politiques qui ont reçu les confidences de quelques-uns de nos confrères, cette pratique aurait eu des résultats déplorables, mais nous attendrons des comptes rendus des académies et des sociétés scientifiques pour la juger définitivement

Dr P. JOUSSET.

MÉMOIRE SUR LA SABINE.

Dans le courant de janvier 1883, une jeune fille vint mourir à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand. On crut qu'elle avait une fièvre typhoïde, mais on sut plus tard qu'elle s'était fait avorter. L'observation me fut communiquée par les élèves : je saisis cette occasion pour leur faire une leçon sur la sabine. Telle est l'origine de ce mémoire où j'ai tâché de collecter tout ce qui a été dit sur cette substance. Fort connue par ses applications criminelles, la sabine a été peu étudiée : témoin la pauvreté de sa bibliographie (1) : c'est pourquoi il m'a paru bon de contribuer à son histoire.

La sabine, *juniperus sabina*, est un arbrisseau de la famille des conifères. Les uns ont voulu faire dériver son nom du pays des Sabins, parce que l'espèce y foisonne ; d'autres, d'une courtisane nommée Sabine qui en aurait découvert les propriétés abortives. Il faut, je crois, aller chercher l'étymologie véritable dans le radical sanscrit *sav* ou *sev* qui signifie vénérer, et qui a donné en grec σέβομαι, σεβαστὸς et le composé εὐσεβὴς : c'est de là que vient le nom des Sabins, peuple très religieux — Sabini, ut quidam

(1) Wedelius (g. w). *Diss. medica de sabina*, Ienæ, 1707. — id. *Programma de sabina Scriptura*, 1707. — Wedekind, *Note sur la sabine dans les maladies des femmes* (journ. de Hufeland, 1820). — Perot, *Considérations sur les emménagogues et en part. sur la sabine*. Th. de Strasbourg, 1818. — Strahlmann, *Ueber die Wirkung des oleum Thuya...* Gottingen, 1884.

existumavere, a religione et deum cultu *sevini* appellati. — Pline, sans connaître la philologie moderne, a mis le doigt sur la question. Il dit, autre part, que la sabine était employée au lieu d'encens. Il est probable que les Sabins s'en servaient pour honorer leurs divinités : la sabine a dû son nom à cet usage primitif. Certains peuples d'Asie, comme les Baskhirs, ont la sabine en grande vénération, ils en recueillent les fruits avec soin et les conservent dans leurs habitations, leur attribuant la vertu de chasser les démons et d'éloigner les maladies infectieuses.

Les Grecs appelaient la sabine *brathy*, βραθι, à raison de sa lenteur à croître. Dioscoride lui donne pour synonymes *barathron*, *baryton* et *baron*, qui ont le sens de dommage ou nuisance, ce qui est en rapport avec les propriétés nocives du médicament.

La plupart des langues européennes ont conservé le nom primitif de sabine. Les synonymes allemands, *maydebaum* et *kindermorder* rappellent l'usage criminel qu'on en fait dans les avortements. Les Italiens lui ont donné le nom de *pianta dannata* pour la même raison et celui d'herbe de tous les mois, *erba di tutti mesi*, à cause de ses propriétés emménagogues.

Les empoisonnements par la sabine doivent être fréquents, vu l'emploi habituel de cette substance dans les avortements provoqués. Cependant, fort peu d'observations ont été publiées ; ce qui s'explique par l'intérêt et la facilité qu'ont les victimes à cacher leur action criminelle. Taylor pense avec raison que les empoisonnements sabiniens sont plus fréquents qu'on ne croit.

A cette heure, à ma connaissance, le stock d'observations ne dépasse pas quatorze : j'apporte la quinzième. Elles vont servir à faire l'histoire toxicologique du *juni-*

perus sabina. **Il est utile de les collecter pour établir la pharmacodynamie de cette substance médicinale.**

Obs. I. — B... (J.), domestique, âgée de 22 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu de Clermont le 2 janvier 1883, souffre depuis plusieurs jours d'une métrorrhagie abondante dont elle déclare ignorer la cause. Elle a perdu complètement l'appétit et vomit tout ce qu'elle prend. Teint pâle, anémique ; pouls petit, accéléré ; température normale. Les lèvres sont le siège de grosses croûtes desséchées, comme dans l'herpès labialis. La malade se plaint d'un mal de gorge intense ; muqueuse de la langue et du pharynx très rouge et boursoufflée. La fille B... parle peu ; on peut à peine lui arracher quelques renseignements sur son état. Ce mutisme paraît volontaire. Vu le défaut des commémoratifs et l'épidémie de fièvre typhoïde régnant à Clermont, on rattache la maladie à une espèce de fièvre muqueuse. Traitement institué en conséquence, purgatifs et toniques.

La malade est restée dans nos salles jusqu'au 14 janvier, jour de son décès ; pendant ce laps de temps, elle a présenté les symptômes suivants : vomissements tellement incoercibles qu'elle rendait absolument tout, jusqu'aux potions et à la glace qu'on lui faisait prendre ; elle prenait environ un demi-verre de lait par jour. Les premiers jours, selles diarrhéiques sanguinolentes, puis, jusqu'à sa mort, constipation opiniâtre. Peau extrêmement sèche ; anurie presque complète ; à l'aide de lotions d'eau froide, on parvenait à lui faire rendre quelques gouttes d'urine rougeâtre. Les quatre derniers jours, il s'est produit des hémorrhagies par les gencives, les muqueuses du nez et des yeux, par les oreilles, pendant que les pertes continuaient par le vagin et le rectum, sur la fin il ne sortait plus des parties génitales qu'une sérosité rougeâtre. La malade était devenue sourde d'une oreille : mais cela pouvait tenir à des croûtes séro-purulentes qui obstruaient le conduit auditif externe. Elle a conservé sa connaissance jusqu'à la fin, tout en paraissant un peu agitée. Le dernier jour, elle était presque exsangue et succomba sans secousses à ses hémorrhagies répétées. La température des derniers jours n'était que de 35°. Tous les hémostatiques échouèrent :

limonade sulfurique, ratanhia, perchlorure de fer, injections d'ergotine, etc.

L'autopsie ne put être faite qu'incomplètement et à la hâte, parce que le corps était réclamé. L'intestin grêle, normal dans ses deux premiers tiers, était fortement congestionné et presque ecchymosé dans la partie inférieure, rempli de matières muqueuses et bilieuses. Ces matières examinées plus tard au microscope nous ont montré des débris non douteux de végétaux et des granulations libres de chlorophylle ; sur un seul point, j'ai cru voir les fibres ligneuses spéciales aux conifères, ce qui serait une présomption de plus en faveur d'un empoisonnement par la sabine ; du reste, il est probable que nuls autres végétaux que les conifères, dont les cellules sont chargées de résine, ne sont capables de résister pendant plus de quinze jours à l'action des sucs digestifs. Aucune ulcération dans les intestins ; cœcum et gros intestin, réduits à de très petites dimensions, avec muqueuse épaissie et arborisée. Foie volumineux et anémié ; vésicule biliaire énormément distendue par une bile d'aspect normal, 150 grammes environ. Utérus plus volumineux et plus globuleux qu'à l'état normal ; substance musculaire pâle. A l'intérieur, débris distincts d'une caduque déjà développée et pouvant appartenir à un œuf d'un mois ou six semaines au plus. Ovaires gonflés et blanchâtres ; trompes très développées, congestionnées et ecchymosées. (On sut plus tard que la fille B..., était enceinte de deux mois environ ; que, pour se débarrasser, elle s'était adressée à une mauvaise femme qui lui avait donné une poudre à avaler. Ce devait être de la sabine, vu les symptômes développés, c'est du reste l'abortif le plus communément employé dans le peuple.)

Obs. II. — Femina triginta annorum, abortum meditans, infusum sabinœ ingessit : unde insignis vomitus continuus. Aliquot dies post sensit diros dolores ; tandem abortus successit, cum insigni hæmorrhagia uteri ; dein mors ; in cadavere vesicula fellea rupta apparuit, cum effusione bilis in abdomen et inflammatione intestinorum. (Mohrenheim *in* Murray. *Apparatus medic.*, 1.59.)

Obs. III. — Une femme prend par mégarde de la poudre de sabine. Elle eut des vomissements, de la chaleur au bas ventre, de la fièvre pendant quinze jours, mais elle accoucha à terme. (Fodéré. *Médecine légale.*)

Obs. IV. — Dewees, dans son traité d'accouchement, parle d'une femme qui prit de la sabine comme emménagogue et en mourut; je ne sais s'il donne plus amples détails, je renvoie à son ouvrage. (*Comp. syst. of med.*, midwifery, p. 133, 134.)

Obs. V. — Une femme prend, pour se faire avorter, une forte infusion de feuilles de sabine un vendredi et un samedi matin. Violentes douleurs au ventre avec strangurie. Elle avorte le dimanche et meurt le mardi. Le docteur Cockson qui fit l'autopsie le lendemain, trouva une péritonite généralisée avec épanchements de flocons fibrineux; l'utérus présentait tous les signes d'un avortement récent — l'intérieur de l'estomac était rouge, parsemé de taches ecchymotiques; il contenait des matières de couleur verte, dues à la présence d'une poudre végétale, ce qui fut constaté au microscope. (Christison. *A treatise on poisons.* 1845, p. 606.)

Obs. VI. — Une domestique était triste depuis quelque temps, lorsqu'elle fut prise de coliques violentes, avec vomissements fréquents, besoins d'aller à la selle, sensibilité du ventre, dysurie et fièvre; elle mourut au bout de quelques jours. L'estomac était enflammé, noir en partie, et perforé à la petite courbure. L'utérus avec ses annexes était rouge, et contenait une membrane caduque fine sans œuf. L'intestin grêle était enflammé; on trouva dans l'estomac une poudre verte qui avait le goût de sabine. (Christison, *id.*).

Obs. VII. — Une femme, de 21 ans, enceinte de sept à huit mois, prit de la sabine : huit heures après, on la trouva sans connaissance, râlant et couchée sur le dos. Elle fut prise subitement de vomissements qui continuèrent quelque temps. On crut d'abord à des convulsions puerpérales. L'avortement survint avec enfant mort; quatre heures après, la femme mourut au milieu d'une attaque. Autopsie quarante-quatre heures après :

cerveau gorgé de sang noir liquide ; estomac plus pâle que d'habitude, avec une ou deux ecchymoses, contenant quatre onces d'un liquide vert foncé. On obtint par distillation et à l'aide de l'éther quelques gouttes d'huile jaunâtre reconnue pour huile de sabine. On trouva au fond d'un flacon un résidu de poudre qui, au microscope, présenta les caractères de la plante en poudre. (Letheby. *Lancet*, 1845.)

Obs. VIII. — Empoisonnement par feuilles de sabine, femme arrivée au septième mois de sa grossesse, en bonne santé. Le vendredi, elle se portait bien, lorsque le samedi elle fut prise de vomissements violents. Elle disait n'avoir rien pris pour le provoquer. Elle est vue par le médecin dans la soirée. Symptômes de gastro-entérite, anxiété considérable, pouls 150. La couleur verte des matières vomies fut interprétée par la présence de la bile. Les vomissements se continuent avec intervalles ; il ne paraît pas y avoir eu beaucoup de diarrhée. Le mercredi, douleurs d'accouchement. L'enfant est expulsé vivant, mais il ne tarde pas à mourir. La femme meurt le jeudi, cinq jours après avoir avalé le poison, — à l'autopsie, cerveau et poumons sains, sauf un peu de rougeur des bronches ; cœur mou, sang généralement liquide, muqueuse œsophagienne rongée et semée de taches ecchymotiques, sans érosions ou ulcérations ; dans l'estomac, grande plaque rouge de trois pouces de long, sur la grande courbure, allant jusqu'au pylore. Vaisseaux de la muqueuse injectés, avec points infiltrés sur la petite courbure jusqu'au cardia. L'estomac contenait huit onces environ d'un liquide vert, ressemblant pour l'aspect et la consistance à une soupe de pois de même couleur. L'examen microscopique des débris de la plante, ainsi que l'odeur développée par la dessiccation et le frottement, démontra que la coloration verte était due à de la poudre de sabine finement pulvérisée. La muqueuse duodénale, du côté du pylore, était vivement enflammée et d'un rouge de cinabre; il y avait aussi d'autres points enflammés sur le parcours du canal intestinal. Le péritoine était phlogosé, surtout dans la partie supérieure et sur le tablier. Reins enflammés, d'un rouge obscur. Vessie saine. On trouva dans le

duodénum une masse de mucosités colorées en vert et contenant de la sabine. Le poison avait dû être pris en quantité considérable; au bout de cinq jours et après de nombreux vomissements, il y en avait encore une trentaine de grains dans l'estomac. (Lord. *Medical Gazette*. 1846.)

Obs. IX. — Le docteur S. C. Wait a été témoin dans l'espace de quelques années de quatre empoisonnements par l'huile éthérée du *juniperus Virginiana*, toujours chez des femmes ; trois fois, l'essence avait été prise dans un but d'avortement. Ce *juniperus* d'Amérique remplace la sabine. Comme symptômes : convulsions générales de forme tonique, fixité des yeux, trismus, respiration pénible, étouffements, visage abattu et livide; pouls de 45 à 60 ; vomissements de liquides à odeur d'huile éthérée, plus tard coma et râle, pupilles dilatées, pouls effilé, etc. Sur les quatre empoisonnements, deux cas mortels ; une once d'essence avait été prise. A l'autopsie, odeur générale de l'huile éthérée ; muqueuse stomacale à taches rouges ; duodénum enflammé. Traitement comme dans les empoisonnements narcotivo-âcres ; dans un cas, la saignée amena une amélioration remarquable. (*Schmidt's Jahrbücher*, 1890, analysé de *New-York Journal*, 1849.)

Obs. X. — Une jeune fille devenue enceinte, qui servait chez un apothicaire, se prépare une décoction de 24 grammes de sabine et l'avale le soir en se couchant, pour se faire avorter. Il survient dans la nuit des vomissements abondants et répétés ; selles sanguines, fréquentes ; ventre gonflé, douloureux ; douleurs d'accouchement s'étendant du sacrum aux parties génitales, d'où s'écoulait un mucus sanguinolent. L'avortement a lieu après trois ou quatre forts écoulements d'un sang noir et liquide ; fœtus de trois mois et demi environ. Après l'avortement, les nausées, les vomissements et la diarrhée persistèrent longtemps. La métrorrhagie dura encore une semaine, pas plus forte qu'elle n'a lieu dans les avortements. (Deutsch. Pr. *Ver. Zeitung*, 1851.)

Obs. XI. — Une jeune fille de 18 ans, bien portante d'ailleurs, n'avait pas ses règles. Le 6 janvier 1854, au soir, elle se

plaignit de coliques, et pendant la nuit, de douleurs à l'estomac. Le lendemain matin, hémorrhagie par le vagin : il y avait eu aussi pendant la nuit probablement sortie involontaire des urines. Le médecin trouva la malade au lit, ne put obtenir aucune explication d'elle et soupçonna un commencement d'avortement, d'autant que la jeune fille se refusait obstinément à laisser examiner les seins, le ventre et l'intérieur des parties génitales. Vomissements vers trois heures dans l'après-midi : ils continuèrent toute la nuit, ils étaient de couleur verte et présentèrent au microscope un tissu végétal à lignes droites, avec des cellules de térébenthine. La poudre de sabine avec laquelle on fit la comparaison, présenta le même aspect, impossible de savoir comment la malade s'était procuré le poison. Elle mourut le 8, très tranquillement, sans avoir prononcé la moindre parole pendant les vingt dernières heures. Autopsie faite 56 heures après la mort. Poumons gorgés de sang dans leur partie inférieure, sains du reste ; ventricule droit rempli de sang ; cardia coloré en jaune brun. L'estomac, du côté de la rate, présentait deux ou trois grandes ouvertures à bords ramollis, qui avaient dû se faire immédiatement après la mort. Substance colorée en brun adhérente à la muqueuse stomacale, intestins en bon état, reins légèrement injectés, vessie pleine d'urine, utérus et ovaires un peu hyperhémiés, de grandeur normale, pas de traces de grossesse. L'estomac contenait une grande quantité de matières d'un vert obscur qui avaient une odeur aigre particulière, le même liquide se trouvait dans la cavité abdominale. En distillant ce liquide et en y ajoutant de l'éther, on obtint une huile jaune semblable à celle de sabine. (G. May, *Associat. Journ.*, 1854.)

Obs. XII. — Le 26 janvier, le docteur B. S. est appelé, entre quatre et cinq heures du matin, auprès d'une femme qui se plaignait de douleurs violentes et continuelles au ventre et à l'estomac. Ventre enflé, sensible au toucher ; absence de ténesme vésical. La malade souffrait beaucoup de la soif ; peau froide et visqueuse. Elle raconta que, n'étant pas réglée depuis six semaines, et se croyant grosse, elle était aller chercher un remède chez un droguiste. Le jour avant, elle avait pris deux

cuillerées à café de la mixture avec un peu de gin après avoir bien déjeuné ; mais aucun effet ne s'était produit, aussi le soir vers neuf heures elle avait pris trois cuillerées à café du remède sans addition d'alcool, et à jeun. Aussitôt de violentes douleurs s'étaient produites dans l'estomac en augmentant sans cesse, ce qui, vers les quatre heures, l'avait obligée à prendre un peu d'eau-de-vie ; sur quoi, les douleurs s'étaient accrues et avaient amené des vomissements. La potion, qui était de 30 grammes, était réduite à moitié ; elle était séparée en deux couches, la supérieure formée par l'huile de sabine; l'inférieure, par de l'extrait aqueux de seigle ergoté — le docteur B. S. administra immédiatement une forte dose d'opium, puis prescrivit un mélange de bismuth et de teinture opiacée à dix heures et demi, il ne restait plus que des douleurs sourdes. Le soir, la malade put faire deux milles à pied ; guérison consécutive, sans avortement. La malade avait dû prendre la première fois soixante gouttes d'huile de sabine, et la seconde fois quatre-vingt-dix. (Brown. Sim. *Glasgow med. Journal*, 1875.)

(*A suivre.*) IMBERT-GOURBEYRE.

HOPITAL SAINT-JACQUES

4e Trimestre 1889.

CONFÉRENCES CLINIQUES.

II.

NÉVRITES PÉRIPHÉRIQUES PRIMITIVES ÉTENDUES DU MEMBRE INFÉRIEUR DROIT : ULCÉRATION DYSTROPHIQUE, PUIS GANGRÈNE SÈCHE DU GROS ORTEIL ; DOULEURS EXCESSIVES ; AMPUTATION AU LIEU D'ÉLECTION ; GUÉRISON (1).

Broquet (Émile), 22 ans, militaire réformé, entre le 1er septembre au n° 2 de la grande salle.

---

(1) Observation rédigée d'après les notes très précises qui

Mère bien portante. Père mort d'alcoolisme. Bonne santé antérieure, et rien à noter dans les antécédents. Pas de syphilis.

Il faisait son service militaire dans les bureaux de l'administration (section des chemins de fer), lorsqu'au commencement de l'année 1887, il remarqua un durillon au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du gros orteil droit, durillon gênant, un peu douloureux, mais qui ne l'occupa pas autrement.

En février 1888, une phlyctène se forma sous le durillon, et fut ouverte par le médecin du corps : il en résulta une ulcération arrondie persistante dissimulée, de temps à autre, par une croûte. Le gros orteil était rouge et devint le siège de douleurs progressivement plus accusées et plus constantes, s'irradiant dans le membre de bas en haut. Entrée au *Gros-Caillou*, où on lui fit trois curetages successifs de l'ulcère, croyant vraisemblablement avoir affaire à une tuberculose locale ; mais aucune amélioration ne fut obtenue.

Le 31 janvier 1889, admission au *Val-de-Grâce*. L'orteil, au dire du malade, changeait à tout instant de couleur, tour à tour et dans l'espace de quelques minutes, rouge, violacé ou d'un blanc mat ; la coloration violette s'étendait à tous les orteils et les dépassait largement. Le pied se recouvrait d'une sueur abondante, dès qu'on le touchait. On diagnostiqua d'abord un *mal perforant plantaire* par *trophonévrose*, bien que l'ulcération fût très douloureuse et entourée d'une zone d'anesthésie ; puis, prenant en considération la coloration de l'extrémité du pied, une

---

m'ont été remises par M. MALAVAL, *interne du service*, et dont je le remercie ici.

asphyxie locale, non symétrique. Broquet fut réformé et quitta le Val-de-Grâce, pour entrer à Saint-Jacques.

Vu d'abord à la consultation vers le 20 septembre, il se présente dans l'état que je viens d'indiquer, souffrant excessivement, non seulement au pied, mais de toute la jambe et dans le mollet, sans sommeil, sans appétit, déjà bien amaigri. L'ulcération plantaire occupe le sillon de la racine du gros orteil, elle est ovalaire transversalement, profonde, à fond grisâtre, inégal et pulpeux ; la zone d'anesthésie qui l'entoure est peu étendue, tandis que la face dorsale de l'orteil, d'un rouge vineux, est très sensible aux piqûres.

A l'entrée, le 1er septembre, c'est-à-dire dix jours après, les choses avaient changé de face : le gros orteil était *sphacélé* jusqu'à sa base. Couleur beaucoup plus foncée, brune ; refroidissement absolu, insensibilité aux piqûres. Les autres orteils sont froids, rouge vif, relativement analgésiés et la rougeur dépasse de un centimètre les articulations métacarpo-phalangiennes. Quant à l'ulcère plantaire, il est compris dans la zone de gangrène et semble desséché. Les douleurs se sont encore accrues. Elles sont profondes, térébrantes, sans intervalles ni repos, et remontent jusqu'au genou. L'atrophie du membre est visible à l'œil, en même temps que les masses musculaires sont, à droite, remarquablement molles et flottantes. La circonférence du mollet, de ce côté, est diminuée de 2 centimètres et demi, celle de la cuisse, à la partie moyenne, de trois centimètres.

Ni sucre, ni albumine dans l'urine ; l'auscultation des poumons et du cœur est négative. Température normale.

Comme, à l'examen le plus attentif, on ne perçoit point de battements artériels à la tibiale postérieure, derrière la

malléole interne, ni à la pédieuse, sur le dos du pied, nous diagnostiquons une oblitération ou des oblitérations artérielles par artérite, compliquées, ainsi que l'atrophie du membre l'atteste, de névrite consécutive. Nous devions apprendre plus tard que la seconde partie du diagnostic était seule exacte. Tracé sphygmographique normal.

Traitement : *Secale cornutum*, à la 1re trituration au dixième, qui a été continué jusqu'à la fin. De plus, la nuit étant à la lettre intolérable, on est forcé d'en venir aux injections de morphine, d'abord le soir, puis soir et matin, rapidement portées à la dose de 0,20 centigrammes par 24 heures, et à la fin avec addition de 0,004 milligrammes d'atropine. On aura beau me dire que cette pratique est fâcheuse ; j'en conviens tout le premier, en donnant cependant pour excuse qu'il était rigoureusement impossible de faire autrement. Voilà donc pour le traitement : nous aurions pu le varier, donner par exemple *arsenic*, dont tout à l'heure nous étudierons l'indication. Mais je m'en suis tenu à *secale*, dont la dose massive, quoique assez petite pour obéir à la loi de similitude, pouvait trouver place à côté de la morphine. Aucun résultat visible de ce traitement n'a pu être observé, et il serait plus que téméraire de lui attribuer la limitation de la gangrène, cette limitation étant la loi des processus de cette nature.

Vers le 15 septembre, en effet, la gangrène se limite à la racine même de l'orteil, sans avoir gagné un millimètre depuis le premier jour, et le sillon séparatif, qui suppure, devient chaque jour plus apparent. L'orteil est noir d'ébène, sec, résonnant, ratatiné : c'est bien la gangrène sèche classique, semblable à la gangrène sénile, (pansement antiseptique ouaté). La température s'élève

de temps en temps, à 38°, le soir, sans jamais aller plus haut.

Le 1er octobre, le gros orteil s'est détaché, au niveau de son articulation avec le métatarse, et deux coups de ciseaux suffisent à l'enlever. La plaie séparative est recouverte de bourgeons lisses, pâles et de mauvais aloi, avec empâtement des téguments jusqu'à une certaine distance. L'état douloureux n'a pas cessé d'être atroce, malgré la morphine, malgré l'atropine, qui ne donnent que de courts instants de répit incomplet ; il s'étend, comme auparavant, à toute la jambe jusqu'au genou. L'apparence d'asphyxie locale a plutôt un peu gagné en surface : même couleur, même froid. Mais c'est l'état général qui devient chaque jour plus fâcheux : amaigrissement rapidement progressif, anorexie, toux sèche continuelle, sans que l'auscultation nous révèle rien d'accusé. Le malade se désespère et réclame, à grands cris, l'amputation dont il nous a entendu parler comme d'une ressource ultime ; sa mère, elle-même, nous presse d'y recourir, de sorte que, voyant que l'élimination de l'orteil sphacélé n'a en rien amélioré la situation et que celle-ci est manifestement sans issue, nous nous y décidons le 8 octobre. C'était le cas de dire : *Melius remedium anceps quam nullum*; car nous étions, en face de cette atrophie comprenant la cuisse, légitimement inquiet sur le sort des lambeaux et de la plaie d'amputation dont, à cause de ces craintes, le lieu a été longuement discuté dans notre esprit.

L'amputation sus-malléolaire étant condamnée d'avance, il restait à choisir entre le lieu dit d'élection à la jambe et la cuisse. Je me décidai pour le premier en vertu de ces deux considérations, que les douleurs ne s'éten-

daient à peine jusqu'au genou, et que si on avait pris l'atrophie musculaire pour guide, il eût fallu amputer, pour remonter à sa limite, dans l'article coxo-fémoral, grosse entreprise, ici non suffisamment justifiée à mon avis. En résumé, le lieu d'élection à la jambe nous paraissait, après mûre réflexion, offrir des chances peu inférieures à celles de l'amputation de la cuisse au tiers inférieur ou à la partie moyenne.

Le 8 octobre donc : chloroforme, bande d'Esmarch, méthode circulaire, avec large doublure musculaire. Avant d'enlever le lien constricteur, nous lions, à blanc, la tibiale antérieure, la péronière, sans parvenir à trouver la tibiale postérieure, et je suis certain que ce n'est pas le tronc tibio-péronien que nous avons lié, non seulement parce que nous avons amputé un peu bas, mais à cause du siège du tronc lié, nettement reconnu pour celui de la péronière. Cependant, le lien de caoutchouc enlevé, il n'est apparu aucun jet artériel, si longtemps que nous ayons attendu à faire le pansement : rien autre qu'un suintement capillaire modéré. N'oublions pas de noter que les battements de la crurale étaient faibles, peu perceptibles. Suture exacte au crin de Florence, de la peau et des muscles suivant une ligne oblique transversale, avec un drain assez gros dans l'angle déclive. Pansement ouaté, au salol. (*Aconit.*)

Dès le lendemain 9, les piqûres de morphine sont cessées : il n'y a pas de douleurs notables. Le thermomètre reste et restera invariable à 37°. L'appétit renaît et va prendre promptement de plus grandes proportions.

Le 5e jour, enlèvement du pansement. Pas une goutte de pus, mais accumulation d'une assez grande quantité de sang noirâtre. Enlèvement du drain.

17 octobre, 3e pansement : on enlève les crins de Florence ; réunion parfaite, même à l'ancienne place du drain, excepté au centre où il demeure un petit pertuis, lequel ne fournit pas de pus, mais un peu de sang noirâtre liquide. Le dit écoulement, de plus en plus léger du reste, dure jusqu'au 5 ou 6 novembre (pansement tous les huit jours), sans jamais s'être mélangé de pus, en si petite quantité que ce soit. Moignon ferme, arrondi, véritablement modèle, sans qu'aucune saillie du tibia soit possible dans l'avenir. Sortie le 20 novembre : pas de douleur, mais *atrophie persistante de la cuisse, et au même degré.* C'est donc la *guérison, au moins temporaire.* Nous espérons revoir le malade et savoir ce qu'il deviendra. Venons maintenant à la dissection de la jambe amputée (1).

Au niveau du sillon de séparation de l'orteil, la peau est dure et cornée, criblée de trajets fistuleux, conduisant à des fusées purulentes plantaires et dans le premier espace intermétatarsien.

Les *artères* de la jambe, et surtout celles du pied, ont un calibre notablement inférieur au calibre normal. C'est ainsi que l'on peut dire que leurs parois sont peut-être légèrement épaissies, mais sans altération apparente, sans plaques athéromateuses. Il n'a été fait, sur plusieurs segments artériels, que des examens microscopiques extemporanés, sur pièces fraîches, et on n'a remarqué, dans cette étude nécessairement incomplète, aucune prolifération anormale des tuniques. D'ailleurs, aucun caillot oblitérateur, aucun point d'obturation, quelque soin que

(1) Un petit abcès s'est formé deux mois plus tard sur un point de la circonférence du moignon et a été guéri promptement.

M. Malaval ait pris de poursuivre les plus petites artères visibles.

Les *cordons nerveux*, au contraire, semblent augmentés de volume — nous disons « semblent », parce que la comparaison manque avec les cordons du membre sain. Mais ils sont, en outre, manifestement durs et résistants à l'aplatissement. Ils ont une couleur rosée très apparente, bien différente de leur couleur blanche nacrée habituelle. Leur névrilème est parcouru par des veinules saillantes dont les mailles laissent percevoir un réseau vasculaire plus fin. A la coupe, la vascularisation anormale se poursuit jusqu'au centre du cordon : rien n'est plus remarquable, ni plus évident; la coupe, aussi bien, est beaucoup plus homogène et moins dissociable qu'à l'état normal, les filets nerveux secondaires étant beaucoup plus serrés dans une gangue compacte. Il n'a pas été fait d'examen microscopique, sinon au grossissement le plus faible qui a permis de vérifier et de préciser les constatations précédentes. Tous les cordons nerveux du membre offrent ces lésions, qui sont celles de la *périnévrite*, mais beaucoup plus marquées, il faut le dire, au *nerf tibial postérieur*. Sur lui, la lésion est aussi accusée sur la section de l'amputation qu'en aucune autre place. Il a donc été amputé en pleine névrite, fait dont l'importance n'échappera à personne.

Les *muscles* ont subi l'atrophie graisseuse, et les fibres apparaissent granuleuses au microscope.

Les os montrent également jusqu'à la section opératoire les signes de l'atrophie : élargissement considérable du canal médullaire. Cependant le tissu compact, réduit à une mince virole, est resté très dur.

Le moment est venu de nous rendre compte de ce que nous avons fait, et de tirer d'un sujet très captivant tout l'intérêt qu'il comporte, en passant en revue le diagnostic, le pronostic et le traitement. Discuter les faits individuels à ce point de vue, c'est toute la clinique, qu'il ne faut pas confondre avec une leçon de pathologie pure.

Il était facile de reconnaître ici la *névrite* à deux signes certains : les douleurs atroces, l'atrophie du membre. Les troubles trophiques constituent bien un troisième signe, que nous ne plaçons pas toutefois sur la même ligne, parce que l'interprétation en est plus discutable et que ce sont eux précisément dont il s'agit de reconnaître la pathogénie.

Douleur et atrophie musculaire : cela suffit. N'est-ce pas sur ces deux phénomènes que l'on établit tous les jours que telle sciatique, loin d'être une simple névralgie, relève d'une névrite? Tout disciple de Hahnemann, en particulier, sait aujourd'hui que la constatation de la névrite sciatique entraîne un traitement particulier, c'est-à-dire que l'atrophie est une des principales caractéristiques dont il faille tenir compte pour le choix des médicaments.

L'atrophie portait, chez notre malade, aussi bien sur la cuisse que sur la jambe, après avoir vraisemblablement débuté par la dernière, d'où il était légitime de conclure que la névrite, dans sa marche ascendante, était remontée jusqu'à la racine du membre. L'événement a vérifié, autant qu'il était possible, cette induction, puisque nous avons amputé en pleine névrite.

Les douleurs n'étaient pas plus difficiles à interpréter. Elles étaient atroces, étendues à tout le pied, à toute la jambe. La pression superficielle, le contact des draps

étaient insupportables. Cependant les troncs nerveux étaient fort sensibles au toucher, partout où on pouvait les atteindre, sans véritables points douloureux, comme on l'entend dans les névralgies. Ces souffrances offraient les caractères les plus variés : tour à tour élancements, brûlures, tiraillements surtout dans la profondeur, vers le centre du membre, dit le patient, quelque chose de comparable à de violentes morsures de fauves. Rarement une douleur névralgique a atteint un plus haut degré, et on ne pourrait en rapprocher que les paroxysmes du tic douloureux de la face, qui, lui aussi, doit être lié à une névrite du trijumeau.

J'arrive aux troubles trophiques, lesquels sont le nœud même du problème clinique, comme ils ont constitué l'embarras du diagnostic, embarras d'autant plus facile à concevoir qu'on est loin d'être arrivé, dans cet ordre d'affections, à des espèces morbides irréductibles.

Rappelons-nous qu'on a diagnostiqué tour à tour un mal perforant plantaire, une asphyxie locale, une gangrène spontanée. Ce ne sont là que des *syndromes ;* mais voyons tout d'abord si les types cliniques de ces syndromes sont bien explicables en la circonstance.

Le mal perforant plantaire n'est pas une espèce morbide, au moins définitive ; c'est toutefois une affection typique définie, dans la classe des ulcérations dystrophiques : siège à la plante du pied ; ulcère taillé à pic et envahissant, ayant débuté sous un durillon ; zone d'anesthésie ; absence de douleurs. Notre malade nous montrait, dans ce tableau, l'identité du début et le siège, la zone anesthésique : il y manquait la marche envahissante en profondeur, et surtout l'indolence, la scène étant précisément dominée par l'existence de ces atroces douleurs qui,

à la fin, ont rendu nécessaire l'intervention chirurgicale. On ne pouvait donc admettre le vrai mal perforant classique sans une dose d'arbitraire et de fantaisie qui conduirait à la confusion de toutes choses.

Supposant rejetée l'idée d'une tuberculose locale à laquelle aucune raison sérieuse ne permettait de s'arrêter, nous sommes ramenés, quand même, à l'admission d'une de ces ulcérations dystrophiques, dont il existe une foule de variétés non classées, décrites par PAGET, GUBLER, VERNEUIL, QUÉNU. On les rapporte à des altérations du système nerveux central ou périphérique, de même que des éruptions vésiculeuses (zona), bulleuses, pustuleuses. C'est un des anneaux de la chaîne du chapitre neuf, mais déjà bien établi, des *trophonévroses*. Le mal perforant est également une trophonévrose de même nature, et nous avons ici affaire à un processus tout à fait voisin. Je vous renvoie pour les renseignements anatomo-pathologiques au travail de PITRES et VAILLARD (1).

Reconnaître une *asphyxie locale* n'était pas faire un diagnostic, mais seulement constater un symptôme, mieux exprimé au surplus par le terme d'*ischémie*. Le membre droit est exclusivement atteint. Or, en dehors de la bilatéralité qui est le fait caractéristique de la *maladie de Maurice Raynaud* (espèce provisoire sans doute), parler d'asphyxie locale, c'est ne rien dire.

En réalité, dans l'histoire de notre malade, l'ulcération dystrophique, avec sa zone d'anesthésie, avec l'ischémie de l'extrémité du pied, a marqué une première période, la plus longue ; la *gangrène de l'orteil* a signalé la seconde

---

(1) Altérations des nerfs périphériques dans deux cas de maux perforants plantaires, in *Arch. de physiol.*, 15 février 1885.

période. Une cause commune s'impose, cela va de soi, et le diagnostic a pour mission de remonter plus haut et plus avant.

Voici bien le type classique de la gangrène spontanée périphérique, appelée à tort *sénile*, puisqu'on la rencontre chez de jeunes sujets, comme Maurice Raynaud l'avait démontré dans son article du *Dictionnaire de Jaccoud*. Le syndrome est au complet : douleurs excessives, carbonisation de l'orteil escharifié, etc.

Attribuée exclusivement autrefois à l'artérite, à la thrombose artérielle, à l'embolie, la mortification ne peut pas moins relever d'un facteur différent : l'*innervation*. Laissant de côté les eschares d'origine centrale dont les lois ont été trouvées par Charcot, je n'entends considérer que l'influence des *nerfs périphériques*. Elle était admise, au siècle dernier, par Haller et Quesnay, d'après une expérience physiologique contestée depuis. Mais, aujourd'hui, la clinique a mis au jour des faits positifs très nombreux. Les plus concluants ont été révélés et commentés par Leloir (1), Dejerine (2), Pitres et Vaillard (3) : ils comprennent des gangrènes unilatérales comme la nôtre et des gangrènes symétriques. Dans ce dernier cas, c'est la névrite qui est symétrique. Les faits de cette nature nous saisissent d'autant plus vivement que la névrite — ils le démontrent absolument — nous rend compte à la fois de l'ulcère plantaire, de l'ischémie asphyxique, de la

(1) *Arch. de physiol.*, 1880-1881. — Thèse de Paris, 1881 (*Affections cutanées d'origine nerveuse*).

(2) Soc. biologie, 1882.

(3) *Arch. de neurologie*, 1883 (*Névrites périphériques*). — Soc. biol., 1884.

gangrène momifique, sans parler des symptômes communs, et plus anciennement connus, qui sont, je le répète encore, la douleur et l'atrophie du membre malade. Le tout se peut rencontrer chez le même sujet : entre beaucoup d'autres, je n'en citerai qu'un exemple emprunté à WIGGLEWORTH (1).

Femme de 26 ans, de constitution faible, sujette à des accès de manie alternant avec des crises épileptiques. Elle présente sur le corps, la face et les extrémités, une éruption de macules bleuâtres due à des stases veineuses ou capillaires ; le cœur est hypertrophié, les urines légèrement albumineuses. *Les muscles des extrémités sont atrophiés, et plusieurs doigts se sont spontanément amputés de leurs phalanges. Sur le pied gauche se voit un mal perforant au niveau du gros orteil. Deux autres doigts présentent une gangrène sèche des phalanges.* La mort survient brusquement dans une crise d'épilepsie.

A l'autopsie, outre les lésions d'une néphrite interstitielle chronique, on trouva les désordres suivants :

Le cerveau est absolument sain, sauf un léger épaississement des méninges. La moelle semble normale. Cependant les cellules des cornes postérieures et des colonnes vésiculaires de Clarke semblent plus sphériques que de coutume. Mais les nerfs sont tous malades, et offrent des *lésions de névrite interstitielle surtout marquées aux deux nerfs tibiaux postérieurs.* Les gangrènes locales et le mal perforant sont manifestement sous l'influence de ces lésions des nerfs périphériques.

Avec une multiplication de lésions et une complexité beaucoup plus grandes, ne trouvons-nous pas réunis, dans cette observation anglaise, les éléments de la nôtre ? L'intérêt particulier de cette dernière consiste dans la localisation du mal, dans l'indemnité apparente, au moins actuellement, du système nerveux général. L'in-

(1) *Brit. med. Jour.*, p. 57, janv. 1887.

térêt de la première, au contraire, se rapporte à la généralisation des névrites, rendant la démonstration clinique plus évidente encore, et en outre à cette coïncidence, qui ne nous surprend qu'à demi, d'une néphrite interstitielle, peut-être — car il y a des raisons de le penser — d'une artério-sclérose généralisée. Quelques mots d'explication sont nécessaires, et ils nous ramènent à notre malade.

Préoccupé depuis longtemps de la juxtaposition fréquente des endartérites et des névrites, ainsi que la chose me paraît indéniable pour l'*angine de poitrine* classique, je me rattachais volontiers, avant l'amputation de Broquet, à l'idée que nous rencontrerions une névrite liée à de l'artérite oblitérante. Je me trompais sur le second point ; la gangrène était, comme dans le fait emprunté à Wigglesworth, entièrement et uniquement due à la névrite. Dans l'un comme dans l'autre cas, n'oublions pas de le remarquer, le *nerf tibial postérieur était surtout atteint*. Notre malade ne semble pas être artério-scléreux. Est-il destiné à le devenir plus tard ? Personne ne peut le prévoir.

Quel peut être, en pareille circonstance, le mécanisme de la gangrène ?

Et tout d'abord, est-il le même que celui des ulcérations trophonévrotiques ?

Celles-ci sont en rapport — Pitres et Vaillard nous l'ont prouvé — avec la *névrite parenchymateuse* décrite par Charcot, qui, dans des cas comme le nôtre, précéderait toujours la névrite interstitielle ou périnévrite, que nous avons constatée et dont nous devons la description à Virchow. Quoiqu'il en soit, si la névrite parenchymateuse est capable de nous rendre compte du processus ulcéreux par une simple perturbation nutritive des éléments anatomiques, entraînant la nécrose moléculaire, le même

pouvoir direct semble moins évident en ce qui concerne la gangrène en masse, et il me paraît nécessaire d'y faire intervenir la périnévrite des nerfs mixtes, du tibial postérieur en l'espèce.

Il est généralement admis que le spasme vaso-moteur capillaire est, en outre, tout aussi insuffisant pour expliquer le sphacèle, et il faut remonter, comme on l'a pensé pour les gangrènes ergotiques, jusqu'au spasme des artérioles et des troncs artériels, voire même de l'ensemble du système artériel du membre. Trouvera-t-on, à cet égard, une observation plus instructive que la nôtre ?

Rappelez-vous, en effet, nos constatations, pendant et après l'amputation.

Un des trois troncs artériels principaux de la section, certainement non lié, ne donne pas de jet. Aucun musculaire n'en fournit davantage. La crurale, sur l'éminence ilio-pectinée, n'a que des battements très peu perceptibles. Le moignon, par la suite, donne pendant longtemps, non pas une hémorrhagie, mais un suintement de sang pur tout à fait inaccoutumé : il semble qu'une ou plusieurs bouches artérielles restées béantes, mais très étroites, ont continué de baver insensiblement du sang que leur orifice trop exigu ne leur permet pas de lancer.

Je suis donc invinciblement porté à admettre ici non seulement le spasme artériel, mais un spasme généralisé, étendu à l'ensemble des artères du membre. De plus, il est infiniment probable que le spasme est produit par le mécanisme des actions réflexes, ainsi que Maurice Raynaud inclinait à le croire pour la gangrène symétrique.

Mais ne perdons pas de vue notre malade, et les deux périodes successives de son histoire pathologique, qu'au point de vue de la pathogénie probable — celle du moins

que permet la science du jour — nous résumons ainsi :

Première période : névrite parenchymateuse (dite dégénérative), douleurs médiocres, ulcération trophonévrotique.

Deuxième période : névrite interstitielle (périnévrite), ischémie asphyxique, douleurs excessives, gangrène de l'orteil.

Et nous nous expliquons maintenant pourquoi le mal perforant classique reste toujours indolent. C'est qu'alors il ne s'est produit que la première forme de névrite ; et pourquoi la gangrène spontanée, dite sénile, est presque toujours très douloureuse : c'est qu'elle est sous la dépendance d'une périnévrite. Voilà des conclusions claires : l'avenir nous apprendra si elles sont exactes.

Avons-nous donc fini avec le diagnostic? A-t-on assez fait, lorsqu'on a précisé les lésions anatomiques?

Non assurément, bien que chez le sujet qui nous occupe et nous intéresse si vivement, il ne nous soit guère permis de faire aux au-delà que des réponses négatives.

Nous sommes en face d'une névrite *spontanée*, ce qui veut dire qu'elle n'est ni traumatique, ni wallérienne ; le terme de névrite *primitive* serait encore de mise, l'affection ne s'étant pas développée à la suite d'une maladie définie.

Et cependant, Messieurs, nous ne sommes jamais très convaincu qu'un processus localisé doive être, à titre définitif, considéré comme spontané, primitif, autochtone. Ces expressions ne seront, la plupart du temps, qu'un aveu d'ignorance. De ce que nous n'avons relevé, dans les antécédents de notre malade, ni maladie constitutionnelle en voie d'évolution, ni diathèse connue, ni maladie des centres nerveux, ni affection viscérale, ni intoxication, sommes-nous autorisé à conclure à autre chose qu'à

une inconnue, à un point d'interrogation ? Telle est du moins notre opinion ; mais nous reviendrons sur un point de l'enquête à laquelle nous avons dû nous livrer, à savoir certaines intoxications comme cause de névrites périphériques ; vous vous souvenez aussi que nous n'avons pas trouvé de sucre dans les urines, et il est admis que le diabète est une des causes les mieux connues des processus analogues à celui que nous étudions.

Les névrites *saturnines* ne paraissent guère conduire qu'à la paralysie et à l'atrophie (1). Les trophonévroses consécutives à l'*intoxication oxicarbonique* ne consistent qu'en des éruptions bulleuses et herpétiques. Mais celles de l'empoisonnement *arsenical* chronique vont jusqu'à l'ulcération et la gangrène (Imbert-Gourbeyre) ; ici rien ne nous permet d'invoquer cette cause. Reste l'*ergotisme gangréneux* que nous retrouverons tout à l'heure à propos du traitement, et dont notre sujet ne pouvait guère être soupçonné.

Ainsi nous n'avons aucune idée de la diathèse, de la maladie ou de l'accident dont peut relever la névrite que nous étudions. Encore une fois, dire qu'elle a été spontanée et primitive n'est qu'une tournure d'apparence savante pour dissimuler la vraie réponse à la question étiologique, qui est : je ne sais pas. Peut-être, si nous suivons le malade, l'avenir se chargera-t-il de nous éclairer sur l'existence d'une maladie dont l'affection

(1) Voir le travail le plus récent et le plus complet : Madame Dejerine, *Des polynévrites en général et des paralysies et atrophies saturnines en particulier*. F. Alcan, 1889. Ce travail ne dit pas un mot des processus ulcéreux et gangréneux, même pour les névrites considérées en général.

actuelle aurait été la première révélation. Ceci nous conduit au pronostic, puisque je vous ai laissé voir que je ne suis pas rassuré sur les suites de notre opération.

Ce qui est acquis, c'est le répit qu'elle a procuré au patient. Mais nous avons amputé en pleine névrite. Le moignon ne sera-t-il pas atteint, un jour ou l'autre, d'ulcération ou de plaques de gangrène? Ou, au contraire, le processus névritique, ainsi que la cessation des douleurs permet de l'espérer, ne passera-t-il pas à la période de réparation définitive? Les guérisons spontanées bien connues de nombreux cas de gangrène dite sénile, confirmeraient encore notre espérance, avec cette réserve que les guérisons ont toujours demandé un temps considérable, et qu'il ne faudra pas se hâter de conclure.

Je suis arrivé au *traitement* et je commence par vous rappeler un précepte préalable, à savoir l'absolue nécessité, chez un pareil malade, du repos ininterrompu au lit dans une position spéciale, le membre affecté reposant sur un plan incliné maintenant le pied très élevé. Cette importante remarque est contrôlée par ce qui est arrivé à Broquet. Vous n'avez pas oublié, en effet, que c'est pendant l'intervalle écoulé entre sa sortie du Val-de-Grâce et son entrée dans nos salles, que la menace de sphacèle, révélée par l'ischémie de l'orteil, s'est convertie en gangrène effectuée et patente. Durant ce temps, le repos n'a été qu'incomplètement gardé, et la position fréquemment déclive du pied n'a pas peu contribué à accélérer les événements.

Quels étaient les médicaments à essayer?

Secale cornutum (l'ergot de seigle) se présentait en première ligne, et nous n'avons employé que lui. Je résume les pointes de similitude : anesthésie d'une ou de plusieurs

extrémités débutant par les doigts ou les orteils ; ischémie asphyxique ; douleurs atroces ; gangrène momifique des doigts ou des orteils. Nous ne nous basions, pour y avoir recours, que sur cette ressemblance non seulement des symptômes, mais du processus, c'est-à-dire de la marche et de l'enchaînement des symptômes. *A posteriori*, il nous est possible de pousser plus loin encore la similitude. Autant qu'ont pu le faire voir, en effet, les expériences sur les animaux, l'action de l'ergot sur les artères s'y traduit pas un spasme remarquable. HOLMES (1) faisait à une grenouille une injection sous-cutanée de 6 gouttes de macération aqueuse froide d'ergot, et provoquait, en huit ou dix minutes, un resserrement sensible et très appréciable au microscope, des artérioles de la langue, resserrement qui durait vingt, trente minutes, et quelquefois beaucoup plus. L'huile d'ergot et l'ergotine donnèrent des effets bien plus marqués encore. PÉTON (2) a injecté une solution d'ergotine dans la paroi abdominale d'un animal en gestation, et observé la disparition des vaisseaux qui rampent à la surface de la matrice, de telle sorte que leur section ne donnait plus lieu qu'à un écoulement de sang insignifiant. Ici, à l'action générale sur le système vasculaire se joignait l'action élective sur l'utérus. Mais la même constatation du rétrécissement des calibres artériels a été faite également sur les vaisseaux de la pie-mère (SCHÜLLER), ceux du mésentère du chien (DEBIERRE). On s'accorde généralement pour attribuer le spasme artériel

(1) Etude expérimentale sur le mode d'action de l'ergot de seigle. Thèse de Paris, 1870.

(2) De l'action physiol. et thér. de l'ergot de seigle. Thèse de Paris, 1878.

à un effet direct sur la fibre musculaire lisse de leurs tuniques. Quoi qu'il en soit, l'action hémostatique de l'ergot à haute dose s'explique ainsi et répond absolument à la constatation que nous avons faite, à la suite de l'amputation, de la contraction des artères principales du membre et des artères musculaires.

La *dose* que nous avons mise en œuvre (1re trit. au dixième) nous paraît encore, après coup, celle que l'on doit préférer ici en général, parce que c'est avec des doses fortes et massives que les effets physiologiques similaires ont été observés sur l'homme sain et obtenus sur les animaux.

Mais si exactement que l'ergot vise l'ischémie artérielle et la gangrène consécutive, répond-il aussi bien à la névrite ! Non peut-être, et voici l'*arsenic* qui produit évidemment des névrites périphériques et des trophonévroses ulcératives. Certaines douleurs des membres dues à l'arsenic, ont, en réalité, ce caractère, lorsqu'elles s'accompagnent d'atrophie musculaire, phénomène relevé dans beaucoup d'observations. Non seulement les paralysies arsenicales revêtent la forme atrophique ; mais il existe également des atrophies musculaires sans paralysie (Rummel), des anesthésies limitées aux extrémités inférieures (Maemstein. *Hygiea*, 1873, Imbert-Gourbeyre, *passim*). D'autre part, rien n'est plus connu, depuis Hahnemann, que les ulcérations arsenicales, et je n'ai nul besoin d'y insister. Le médicament pouvait donc passer pour indiqué parallèlement à l'ergot, et, le cas échéant, je n'hésiterais pas, une autre fois, à les alterner, non pas dans la même journée bien entendu, mais par séries successives. On trouverait même ici, sans chercher bien loin, de nombreuses similitudes symptomatiques, celle-ci, par exem-

ple, de l'aggravation nocturne, qui nous détermina jadis à traiter par l'arsenic, et avec le plus complet succès, une sciatique atrophique des plus graves et des plus rebelles (*Art méd.* LVIII, 1884, p. 97).

Le fait brutal est que le *secale* a échoué. La dose était-elle mal choisie? Nous ne crûmes pas devoir en essayer d'autre, à cause de l'emploi simultané de la morphine, que nous considérions comme capable d'annihiler l'action d'un autre médicament, si on employait celui-ci à dose trop faible. Pourquoi la *morphine?* Parce que les douleurs étaient tellement atroces que le premier devoir qui s'imposait était de les soulager, et il n'y avait aucun moyen de faire autrement ; c'était la plus urgente indication de la médecine palliative.

La responsabilité du médecin est chose si grave que nous en sommes réduit à défendre, de la même manière, l'*ultima ratio* de notre traitement, à savoir l'*amputation*, laquelle, dans un cas pareil, n'est rien moins que classique. Les élèves du service ont été témoins de nos longues hésitations. Le malade réclamait, depuis longtemps, l'incertain bénéfice de cette mutilation irrémédiable que nous ne nous rendions pas encore, et nous n'avons cédé qu'à l'impérieuse nécessité de ne pas laisser mourir un malade sans secours. Jusqu'ici, nous sommes loin d'avoir à nous repentir de notre détermination. C'était cependant la *thérapeutique du désespoir.*

Dr PIEDVACHE.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HOMŒOPATHIE.

Nous avions pensé à la suite du Congrès international d'homœopathie réunir dans une seule société tous les médecins qui se rattachent à la réforme thérapeutique d'Hahnemann. Des pourparlers ont eu lieu entre les deux sociétés qui existaient à Paris ; ils ont réussi et le mercredi 11 décembre la nouvelle société s'est constituée sous le nom de *Société française d'homœopathie*. Nous lui souhaitons une longue existence et travaux utiles ; nous espérons que toutes les bonnes volontés se grouperont, que tous nos confrères homœopathes voudront bien, oubliant les petites jalousies et les petits malentendus passés, se réunir pour travailler tous ensemble et conduire l'homœopathie vers le progrès scientifique.

Dans cette première séance, on a nommé le bureau :

Président, le Dr Leboucher.
1er Vice-président, le Dr Piedvache.
2e Vice-président, le Dr Léon Simon père.
Secrétaire général, le Dr James Love.
Trésorier, le Dr Marc Jousset.
Secrétaires des procès-verbaux, les Drs Robillard et Soustre.

Dr M. JOUSSET.

BRITISH HOMŒOPATHIC SOCIETY.

La séance du 3 octobre dernier a été occupée par la discussion d'un mémoire du Dr Neatby, médecin adjoint à l'hôpital homœopathique de Londres, intitulé *contribution à l'étude des médicaments des maladies du système nerveux*. L'auteur rappelle d'abord combien nos connaissances sont encore malheureusement peu développées sur ce sujet. Il pense que nous devons tenir grand compte dans la recherche des médicaments, qui peuvent nous rendre service dans ses maladies, des lésions qu'ils produisent sur différents points du système nerveux; que nous devons aussi nous occuper des médicaments qui agissent sur le système vasculaire et le tissu connectif, même s'il n'est pas prouvé qu'ils agissent sur ces tissus dans le système nerveux parce qu'un grand nombre de maladies, appelées nerveuses, ont leurs lésions primitives non dans le tissu nerveux proprement dit, mais dans les vaisseaux et le tissu connectif qui y sont contenus.

Enfin, il est bien entendu, que nous ne devons pas négliger non plus les indications fournies par les symptômes des expérimentations quoiqu'ils soient sujets à erreur.

L'auteur passe en revue les substances suivantes dont il a résumé l'action sur le système nerveux et en particulier sur la moelle épinière.

Alcool. — La lésion principale (en dehors du délire et des tremblements) est une névrite multiple, dont on a décrit trois variétés : 1° la variété paralytique (avec prédominance des symptômes moteurs) ; 2° la v. ataxique ; 3° la v. hyperesthésique ou névralgique (ces deux dernières avec prédominance des symp-

tômes de la sensibilité). La forme ataxique peut ressembler beaucoup au tabes, présentant parfois la diplopie, l'inégalité de la pupille, son peu de réaction à la lumière et même son immobilité, les symptômes de Romberg et de Westphall ; et cependant ce n'est là que de la névrite, ce qui peut être prouvé par son étiologie alcoolisme) et par sa marche favorable vers la guérison.

Les symptômes de la névrite multiple sont sans doute familiers au plus grand nombre d'entre vous ; ils peuvent être résumés comme il suit, quoique quelques cas particuliers peuvent différer beaucoup de la description générale : sensibilité des nerfs et des muscles, hyperesthésie subjective (douleurs secantes, brûlantes et lancinantes, augmentées par chaque mouvement) ; engourdissement des doigts et des orteils ; troubles trophiques et vaso-moteurs (comprenant souvent un œdème douloureux étendu). Une faiblesse générale se montre promptement, allant bientôt jusqu'à une paralysie bilatérale évidente, suivie d'atrophie ; la paralysie peut être générale ou limitée à des muscles isolés ou à des groupes musculaires. On peut observer des symptômes oculaires et des troubles des réflexes organiques, avec ou sans délire, excitation cérébrale, insomnie, accélération du pouls et les signes de la faiblesse cardiaque.

L'alcool peut produire tous ces symptômes et ces lésions, mais il peut évidemment aller plus loin. Sharkey rapporte un cas (1) dans lequel la rapidité constante des battements du cœur, la dyspnée (paroxystique), la dysphagie et la faiblesse pendant la vie se trouvèrent, à l'autopsie, en relation avec une inflammation intense des nerfs phréniques, vagues et poplités, un ramollissement inflammatoire de la moelle épinière à la partie inférieure de la région cervicale, à la région dorsale et au renflement lombaire.

Il y avait dégénérescence des cellules des cornes antérieures au niveau de la quatrième et cinquième paire cervicale. Une rétinite impossible à différencier d'une rétinite albuminurique

---

(1) *Lancet*, 21 avril, 1888.

existait dans un autre cas (1) et était associée à l'augmentation de la tension artérielle et à une hypertrophie du ventricule gauche. Il n'y avait aucun signe de néphrite et les symptômes en étaient tout à fait disparus. La double névrite optique avec ou sans strabisme, à été fréquemmènt signalée. Une paralysie étendue peut exister sans aucun trouble sensitif. On a aussi trouvé la contracture des muscles fléchisseurs de la jambe.

Dans quelques cas, les terminaisons nerveuses peuvent être seules lésées, ainsi que les lésions suivantes de la moelle : hémorrhagies récentes dans la substance grise avec épaississement des vaisseaux sanguins.

La sclérose des cordons postérieurs et latéraux est aussi rencontrée sous l'influence de l'alcool.

Antipyrine. — Cette substance paraît agir (2) sur toutes les parties du système nerveux ; principalement sur la moelle, mais aussi sur le cerveau et les nerfs moteurs. Si les symptômes produits par un médicament peuvent être comparés à ceux d'une maladie, la localisation de l'antipyrine est tout à fait évidente. Ses symptômes ont une très grande ressemblance avec ceux de la sclérose latérale. Par exemple, chez des cochons d'Inde et un chat on a observé une rigidité spasmodique des pattes de derrière, et chez tous les animaux en expérience une rigidité marquée. De plus, ce symptôme, chez les premiers animaux, peut survenir au moment d'essayer à se servir de ces membres, comme cela se passe dans la sclérose latérale.

L'excès de l'irritabilité musculaire est aussi très marqué, le plus léger coup amenant une violente contraction musculaire et dans les cas graves amenant des convulsions cloniques de tout le corps. Dans une expérience on obtint des phénomènes absolument semblables à ceux du tétanos. Dans tous les cas le contraste entre les effets d'un stimulus douloureux et d'un stimulus des plus légers, tel que même les vibrations produites en marchant dans la chambre, était très marqué, le premier produisant moins d'effet que chez un animal sain ; le second

---

(1) *Lancet*, vol. 1, p. 273, 1888.

(2) *Brit. Med. Journ.*, juin 1889, p. 222.

causant les mouvements spasmodiques violents déjà mentionnés.

Les effets de l'antipyrine sont si passagers, ne durant ordinairement que peu d'heures, le retour à la santé est si complet que les lésions démontrables au microscope sont difficilement recherchées. De plus, les doses nécessaires pour donner la mort produisent d'autres symptômes qui ne sont pas sous la dépendance des faisceaux latéraux seuls.

On ne sait que peu de chose à présent sur l'action de l'antipyrine sur le cerveau des mammifères. Des mouvements rythmiques rapides notés dans un grand nombre de cas, et des mouvements de manège observés quelquefois, on peut conclure ou que les centres moteurs eux-mêmes sont atteints ou que leur pouvoir inhibitoire est aboli.

Une autre démonstration du pouvoir de l'antipyrine sur les centres moteurs du cerveau est dans une observation de Tuczek, reproduite dans les journaux anglais. Un enfant de 4 ans en bonne santé avait pris chaque jour 18 grains (1 gr. 10), pendant trois semaines. Il tomba dans un état de somnolence, allant jusqu'au coma. Pendant cet état, il survint des attaques épileptiformes, les unes complètes, avec convulsions générales survenant dans un ordre régulier ; d'autres incomplètes, avec secousses unilatérales partielles. Les pupilles étaient dilatées.

Arnica et argentum nitricum. — Ces deux médicaments produisent quelques symptômes paralytiques mal définis.

Arsenic. — Les symptômes paralytiques de l'arsenic sont si bien connus que je n'ai pas à m'y arrêter. Il suffit de dire qu'ils sont surtout dus à la névrite. On trouvera un grand nombre de cas, présentant les symptômes moteurs et les paresthésies variées dans la *Cyclopædia of Drug pathagenesy*. Vol. 1. p. 431 à 434. Je vous renverrai aussi à l'importante observation du Dr Mac Clure reproduite dans le *Monthly homœopathic Review*, d'août (1).

L'état des reflexes et des réactions électriques y est complètement décrit.

Quoique, comme je vous l'ai dit, l'arsenic produise le plus

(1) Voir *Art médical.*

souvent une inflammation des nerfs (troncs nerveux et terminaisons) trois cas sont rapportés dans l'*Art médical*, vol. XLIII, p. 48, dont les symptômes montrent une myélite aiguë, subaiguë ou chronique. Il n'est pas établi quelles lésions de la moelle étaient en rapport avec ces symptômes. D'une plus grande certitude est un rapport de Vulpian sur une myélite aiguë produite par un empoisonnement arsenical, démontré apparemment après décès. Je n'ai trouvé aucune indication récente sur ce sujet.

Sous-nitrate de bismuth. — Dans quelques expériences sur un chien par Dalché et Villejean, la patte postérieure gauche devint graduellement de plus faible en plus faible, et ne pouvait supporter le poids de l'animal, et s'accompagnait d'une atrophie évidente de la cuisse. La sensibilité était difficile à apprécier. Ensuite la patte de devant gauche se prit, puis la patte postérieure droite. Enfin ces quatre membres furent paralysés et la paraplégie et l'hémiplégie existèrent ensemble. Il existait encore une légère possibilité de mouvement dans les muscles des cuisses et des épaules. Les réflexes tendineux et pupillaires persistaient. On ne trouva aucune lésion nerveuse à l'autopsie, mais la moelle ne fut pas examinée (*Month. hom. rev.* fév. 1889). La paralysie du bismuth paraît d'origine médullaire, quoique le cas cité n'en fournira pas la preuve. Les rapports d'autopsies sont malheureusement souvent incomplets surtout pour ce qui regarde la moelle. Dans un autre cas, rapporté dans la *Cyclopœdia*, il survient une espèce de paralysie générale, et dans l'autopsie le cerveau fut trouvé n'étant pas plein de sang, avec un dépôt gélatineux entre les circonvolutions et un peu de liquide dans les cavités. Les vaisseaux de la moelle, surtout près de la queue du cheval, étaient gorgés de sang. Les spasmes des membres sont rares.

Cocaïne. — Ce médicament a une action si étendue et si puissante sur le système nerveux qu'elle pourrait devenir un bon moyen thérapeutique. Richet (1) a démontré que les convulsions

(1) *Ann. Univ. Med. Sci*, vol. V. p. 9.

qu'elle produit sont identiques à celles de l'épilepsie corticale vraie.

Une grande faiblesse des jambes pendant la vie est associée, après la mort, avec des lésions du système nerveux central (1) : hyperhémie marquée, dégénérescence albuminoïde des cellules ganglionnaires de la moelle et du cœur, dégénérescence graisseuse du muscle cardiaque et des cellules nerveuses du cœur. Le système vasculaire de la moelle épinière était très lésé avec prolifération cellulaire et dégénérescence hyaline des tuniques. Extravasation sanguine dans le 4e ventricule et à la partie antérieure de la moelle. La substance grise de la moelle était remplie de sang, ressemblant à une éponge sanglante (2). Le *manuel* d'Allen, dit à propos de la *coca* : « marche rapide involontaire, avec tête penchée en avant ». Ce symptôme avec le tremblement et les effets de la cocaïne sur les centres moteurs cérébraux, indique l'usage avantageux possible de ce médicament dans la paralysie agitante.

Cuprum. — Ce médicament produit des crampes, des mouvements choréiformes et convulsifs, et un état paralytique ressemblant à la sclérose amyotrophique, comme l'a montré le Dr Hughes. La *cyclopœdia* ne donne pas d'observation avec lésion de la moelle à l'autopsie.

Iodoforme. — J'ai recueilli en 1887 quelques cas instructifs d'empoisonnement par l'iodoforme qui ont été imprimés dans l'*homœopathic World*, janv. 1888. Cette substance cause une anesthésie locale, une démarche chancelante, une diminution ou une exaltation des reflexes superficiels et profonds, une paraplégie spasmodique, avec tremblement dans les mouvements volontaires, priapisme permanent, pupilles dilatées, convulsions, etc., surtout d'origine spinale. On a trouvé, après la mort, une hyperhémie intense du système nerveux cérébro-spinal, spécialement de la substance grise, avec lésion des cellules nerveuses. On a observé de la chorée (3).

---

(1) *Ann. Univ. Med. sci.*, vol. II, p. 22.

(2) *Cyclop. of drug path.*, vol. II, p. 278.

(3) *Lancet*, 21 sept. 1889.

Plomb. — On trouvera un admirable résumé de nos connaissances sur l'action du plomb dans la *pharmacodynamique* du Dr Hughes.

Il y a peu à y ajouter. La névrite est incontestable, mais il peut y avoir un peu de doute sur l'inflammation aiguë ou chronique de la moelle. Vulpian a démontré que le plomb pouvait amener une myélite aiguë chez un chien (1) et plusieurs auteurs ont conclu de la ressemblance de l'atrophie musculaire saturnine avec les affections des cornes antérieures d'autres causes, qu'une myélite antérieure était la cause de la paralysie saturnine. Les études récentes sur la névrite périphérique montrent que ces suppositions ont moins de valeur qu'on ne l'avait supposé premièrement.

Wood, dans la 8e édition de son *Traité de thérapeutique* (1881) dit qu'on a trouvé des lésions spinales mal définies et Brunton n'a pas d'autres information à fournir.

Braun (2) relate un cas dans lequel le plomb parut être un facteur important. Voici en résumé des symptômes et des lésions rencontrées après le décès. Douleurs et paresthésie dans le bras et la main droite et dans les deux jambes ; les muscles de la main, de l'avant-bras (extenseurs) et de l'épaule deviennent douloureux à la pression, s'atrophient et présentent des contractions fibrillaires. Il y avait une diminution de l'excitabilité musculaire et une réaction partielle de dégénérescence. Les réflexes du bras abolis, ceux de la jambe conservés ; sensibilité normale. L'autopsie montra l'absence et l'atrophie des cellules ganglionnaires des cornes antérieures et des racines antérieures des nerfs du côté droit à l'origine des 6e et 7e paires ; atrophie bilatérale des racines postérieures des nerfs du renflement cervical et du renflement lombaire, ainsi qu'une dégénérescence des colonnes postérieures (atrophie des fibres nerveuses et prolifération du tissu conjonctif). Les nerfs et les muscles des régions paralysées étaient dégénérés. Braun regarde les lésions centrales comme

(1) *Nouv. dict. de méd. et de chir. prat.* t. XXII,
(2) *Ann. univ. Méd. Scient.* V. B. 14,

secondaires et dues à la propagation de l'inflammation des nerfs.

Dans un cas de sciatique, probablement due au plomb et à l'alcool, on trouva en plus d'une névrite, une myélite du renflement lombaire.

Tels sont les seuls cas de lésions spinales localisées que j'ai rencontrés.

Les autres névroses du saturnisme sont la névrite optique amenant l'atrophie, le strabisme dû à la paralysie du droit externe ou autre muscle, l'hémiplégie, l'hémianesthésie, une violente et incurable chorée, et l'encéphalopathie saturnine (y compris les convulsions épileptiques).

Lathyrus. — Cet agent paraît causer deux classes de symptômes suivant la partie de la moelle affectée; s'il y a plus d'un cordon médullaire affecté en même temps, comme c'est quelquefois le cas, les symptômes deviennent nécessairement moins clairement définis. Dans une classe de cas, la diminution du pouvoir de locomotion survient avec rigidité, tremblement des extrémités augmenté par l'exercice, augmentation des réflexes profonds. Les sensations tactiles, thermiques, à la douleur et électriques sont parfaites, les sens spéciaux ne sont pas affectés et les muscles ne sont pas atrophiés. Les cordons latéraux de la moelle sont évidemment altérés, quoiqu'assez étrangement il n'y ait pas de preuves d'autopsie en rapport avec cette probabilité. Dans la seconde classe de faits, le pouvoir diminué était associé après la mort avec l'atrophie des cellules ganglionnaires des cornes antérieures de la moelle et de la moelle allongée, ainsi que des noyaux accessoires du vague et du spinal. Ces conditions se rencontrent surtout chez les chevaux empoisonnés accidentellement ou expérimentalement. Elles sont accompagnées de dégénérescence graisseuse des muscles intrinsèques du larynx (spécialement du côté gauche) et du cœur. Dans un cas on observait l'augmentation de la névroglie en même temps que l'atrophie des cellules. Dans d'autres cas, il existe encore des phénomènes sensitifs et les réflexes organiques sont altérés. Ces symptômes tendent à s'améliorer et la guérison complète peut s'ensuivre. Proust, qui a observé ces cas attribua ces symptômes

à une myélite transverse due à une hémorrhagie et suivie ou non d'altérations dégénératives.

Schuchard (1) croît les muscles au-dessous du genou très atteints. Cantani (2) trouve que les abducteurs sont plus atteints que les adducteurs, la sensibilité des jambes conservée et que ce courant galvanique descendant produit de légères contractions, quand on ferme le courant. Des contractions étaient plus faibles dans les fléchisseurs que les extenseurs. Un fragment de muscle montrait une diminution des stries transversales et quelque apparence de dégénérescence graisseuse. Dans un récent numéro de la *Revue des sci. méd.*, j'ai lu qu'une considérable dégénérescence musculaire s'était rencontrée dans un empoisonnement par le lathyrus.

L'oxytropis Lamberti, une herbe des plaines orientales de l'Amérique est très vénéneuse pour les chevaux et est un parent de lathyrus. Il est dit qu'elle produit la congestion spinale et la paralysie (Allen's Handbook).

Mercure.— La description de Kusmaul (2) sur le tremblement, la paralysie, le trouble du langage, le nystagmus, et la disposition d'esprit, suggère tout à fait la sclérose disséminée. On a trouvé parfois à l'autopsie des traces d'inflammation du cerveau et de la moelle, mais aucune lésion localisée.

Une hémiplégie gauche transitoire avec phénomènes sensitifs, a paru sous l'influence de la drogue (4) et Bartholow (5) a vu un cas bien marqué d'ataxie locomotrice avec douleurs, troubles oculaires, spermatorrhée, anesthésie plantaire et incoordination après inhalation de vapeurs mercurielles. Je puis établir ici que j'ai observé deux cas qui démontrent l'influence déprimante du mercure sur la moelle : dans l'un il s'agissait d'une myélite, dans l'autre d'un tabes dorsal à son début ; dans les deux cas il y avait amélioration par l'usage de l'électricité et

(1) *Ann. univ. med. scient.*, V. Band. 19.

(2) Dito.

(3) *Cyclop. of. drug.* Path. 218.

(4) D. 3. p. 229.

(5) P. 230.

du repos, lorsqu'un célèbre neurologiste prescrivit le mercure. Du moment où ils furent sous son influence ils allèrent complètement en arrière.

Un état ressemblant au petit mal fut causé par le mercure.

Nitro-benzol. — Les effets généraux du nitro-benzol (1) sont l'anémie, la cyanose, l'assoupissement, la céphalalgie (temporale et verticale, augmentée par le décubitus), le vertigo, l'anorexie, les nausées et les vomissements, les palpitations et la dyspnée par le mouvement, etc., Les symptômes du système nerveux sont les suivants : il y a toujours une sensation de fourmillements et de démangeaisons dans les doigts, les deux paumes et le dos des mains s'étendant jusqu'au poignet. Les doigts paraissent engourdis et maladroits comme si la peau était épaissie et il y a difficulté pour prendre ou plus proprement pour sentir les petits objets comme épingle et aiguille. Ces sensations sont observées sur le dos des pieds et jamais à la plante. Les mains et les pieds sont facilement glacés, et les extrémités deviennent froides. Il y a fréquemment des zones d'hyperesthésie. En appuyant très légèrement les doigts sur ces zones, on produit des élancements à quelque distance sur le membre. Il y a de la sensibilité à la pression des muscles, mais quelquefois très limitée. La faiblesse musculaire et une lassitude générale sont parmi les symptômes marqués. La possibilité de saisir par les mains est très décrue et celle de la marche diminuée dans les cas graves. En marchant on est comme un homme ivre, ne sachant où sont ses jambes ; si on tombe, ce qui est fréquent, on ne peut se relever seul. On est très chancelant, ne demandant qu'à fermer les yeux et à rentrer. On ne trouve pas d'autres symptômes d'ataxie et aucun groupe spécial de muscle ne paraît atteint. On peut rencontrer une faiblesse musculaire et une difficulté à produire les mouvements les plus fins et les plus délicats de la main. Les sensations au toucher et à la douleur ne paraissent pas retardées. L'audition et le goût sont intacts. J'ai toujours pu obtenir le réflexe du cremaster ; je n'ai jamais trouvé la trépidation de la cheville. Le réflexe ten-

(1) *Practitioner*. Juillet.

dineux du genou est faible surtout dans les cas graves ; dans quelques-uns il est perdu. Il y a une grande perte d'énergie et l'appétit sexuel est notablement faible ou perdu, et l'érection très rare. Cet appareil symptomatique indique une affection profonde et étendue de la moelle et de ses membranes, quoique probablement le système nerveux central ne soit pas seul responsable de ces symptômes. Un autre point est l'absence des symptômes vésicaux et rectaux. et des régions ciliaires. On peut quelquefois trouver, comme le suggère le Dr Lander Brunton, que le système nerveux central et le système nerveux périphérique sont tous les deux atteints.

L'*acide oxalique* possède beaucoup de symptômes indiquant son pouvoir d'amener des lésions des centres nerveux et des méninges, tels que faiblesse des jambes (s'étendant à tout le corps) ; sensation de raideur dans le dos en se levant ; orteils du pied droit convulsivement attirés en bas ; lourdeur dans la main gauche ; les doigts obéissent lentement et difficilement et sont attirés en dedans ; douleurs çà et là ; désir sexuel augmenté. Ces symptômes proviennent d'expérimentateurs et sont plus marqués encore dans les empoisonnements (angoisse douloureuse à la partie inférieure du dos, s'étendant aux cuisses ; pesanteur et faiblesse des membres, engourdissement des extrémités et engourdissement général). Dans les expériences sur les animaux, légère raideur permanente des membres postérieurs, augmentant graduellement ; démarche raide ; insensibilité ; spasmes remplacés par la paralysie ; spasmes tétaniques généraux comme ceux de la strychine.

Pour les douleurs spéciales et les spasmes, l'*acide oxalique* mérite confiance. Le symptôme « douleurs occupant un point limité » l'indique dans les douleurs violentes du tabes. J'ai soulagé moi-même avec ce médicament des douleurs de cette nature chez une femme qui avait une démarche ataxique sans autre signe de tabes.

Le numéro de septembre du *Homœopathic physician* rapporte un important cas d'empoisonnement par l'acide oxalique. Les symptômes nerveux sont les suivants : convulsions toniques et cloniques dans les membres supérieurs et inférieurs, exagération

des réflexes patellaires des deux côtés, ainsi que des réflexes du tendon d'Achille et du périoste. Quand la malléole externe gauche était légèrement touchée, le *tibial postérieur* se contractait. Les réflexes du triceps et périostiques de l'avant-bras étaient aussi accrus. Les pupilles étaient dilatées; la sensibilité émoussée. L'examen montra une anesthésie parfaite du bout des doigts et des orteils, de la paume des mains et de la plante des pieds. Tandis que la piqûre d'une épingle est bien reconnue au bras et à la cuisse, une piqûre profonde est nécessaire à la jambe pour causer une douleur obtuse; la sensibilité des autres parties est normale. On observa des douleurs dans la région lombaire gauche et dans les jambes; les pieds et les mains étaient comme endormies. Le médicament produit aussi une néphrite aiguë avec hématémèse.

Benzine. — L'empoisonnement par la benzine a montré chez les ouvriers qui s'en servent un effet très marqué sur le système nerveux; il est indiqué par les symptômes suivants: les pupilles sont largement dilatées et n'obéissent pas à la lumière; il y a du nystagmus; les conjonctives sont à peine sensibles au toucher et il y a de la paralysie des membres inférieurs avec incontinence des urines et des fèces. Le patient est complètement inconscient et a une convulsion générale. La benzine est un mélange de divers composés organiques, qui touchent aux séries des carbures. Comme ce n'est pas un composé organique défini, on ne sait pas quel est la partie active du mélange.

Les benzines produisent un tremblement général ressemblant au tremblement de la sclérose disséminée.

Acide picrique. — Sous l'influence de ce médicament, les animaux en expériences présentent une grande faiblesse et lassitude, et souffrent d'une analgésie et d'une anesthésie complète des membres postérieurs. La démarche, ce qui est particulier, ressemble quelquefois à celle de l'ataxie locomotrice; cela est dû à des spasmes soudains de certains muscles pendant la marche. Il y a des convulsions générales. Après le décès, le cervelet, la moelle allongée et les parties supérieures de la moelle sont complètement désorganisées, molles et pulpeuses.

Les nerfs optiques ont été trouvés hyperhémiés avec une dilatation des vaisseaux, surtout des veines. Au-dessus des nerfs optiques, on a observé de grandes taches d'exsudation blanchâtre avec quelques points hémorrhagiques. A l'examen microscopique, post mortem, la papille nerveuse était très infiltrée : on a observé des masses d'exsudation blanc jaunâtre s'étendant du nerf aux diverses parties de la rétine, d'autres au niveau de la papille. Toute la rétine était infiltrée; petites extravasations dans le nerf optique et la rétine.

Le pouvoir de cette substance de produire des lésions sérieuses des centres nerveux est très prononcé, mais ses effets ne sont pas suffisamment localisés pour en faire un grand usage comme moyen thérapeutique. La faiblesse, la lourdeur, le refroidissement et les engourdissements sont les symptômes des expérimentateurs pour les membres inférieurs et celui du côté gauche paraît le plus affecté. L'excitation sexuelle produit par cet acide paraît d'origine spéciale. Il a été employé surtout dans les désordres fonctionnels du système nerveux. Le D^r Hughes l'indique dans le ramollissement blanc de la moelle et dans la névro-rétine.

Spigelia. — Hare, de Philadelphie, trouve que ce médicament produit la dilatation des pupilles et l'exophthalmie ; cela, avec ses effets bien connus sur le cœur confirme son emploi dans la maladie de Basedow. Il a trouvé également la faiblesse musculaire et le manque de coordination ; la marche devient chancelante et incertaine ; le pouvoir musculaire se perd progressivement, mais la sensibilité ne paraît pas atteinte. La paralysie a une origine spéciale. (*Ann. univ. méd. sci.* vol. IV. p. 544. 1888).

Le D^r Neatby ajoute que le temps lui manque pour parler d'autres médicaments intéressants, tels que *agaricus*, *belladona*, *ergot*, *phosphorus*, *rhus*, et *strychnine*, etc. Il ajoute qu'il a, dans son mémoire, cherché à établir surtout le côté anatomo-pathologique des médicaments, non qu'il ne reconnaisse pas l'importance de la symptomato-

logie, mais jusqu'à présent les indications qui ont été tirées de la symptomatologie seule ont donné de maigres résultats dans les maladies du système nerveux. Il espère qu'en réunissant les deux modes d'indications, on pourra arriver à un meilleur résultat.

Pour lui, d'une manière générale, les médicaments indiqués dans les myélites sont : 1° lorsque les lésions ne sont pas localisées, l'*arsenic*, le *plomb*, le *mercure*, la *nitro-benzine* (?), la *benzine*, l'*acide picrique*, la *spigelie* ; 2° lorsqu'elles siègent dans les cordons latéraux, l'*antipyrine*, le *cuivre*, le *lathyrus*, le *bismuth* (?), le *mercure* (?) ; 3° dans les cornes antérieures, l'*alcool*, la *cocaïne*, le *lathyrus*, le *plomb*, 4° dans les cornes et les cordons postérieurs, l'*alcool*, le *plomb*, l'*acide oxalique*. la *spigelie* ; 5° dans les racines des nerfs, le *plomb*.

Il indique au point de vue clinique dans la SCLÉROSE LATÉRALE, l'*antipyrine*, le *bismuth*, le *cuivre*, le *lathyrus*, le *mercure* et la *belladone* ; dans la SCLÉROSE DISSÉMINÉE, le *mercure* et la *benzine* ; dans la PARALYSIE-AGITANTE, la *cocaïne* et le *mercure* (?) ; dans la PARALYSIE INFANTILE et l'ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE, l'*alcool*, la *cocaïne*, le *lathyrus* et le *plomb* ; dans la NÉVRITE MULTIPLE, l'*alcool*, l'*aniline*, l'*arsenic*, le *cuivre*, le *plomb* et la *nitro-benzine* ; dans le TABES, l'*alcool*, le *plomb* (?) ; l'*acide oxalique*, la *spigelie* (?), l'*ergot*, la *strychnine* (?) et la *belladone* ; dans la MÉNINGITE SPINALE, l'*actæa racemosa*, l'*arsenic*, le *plomb*, l'*acide oxalique* et l'*acide picrique* ; dans la NÉVRITE OPTIQUE, l'*alcool*, le *plomb* et l'*acide picrique* ; dans l'EPILEPSIE, l'*antipyrine*, la *cocaïne* et le *mercure* (petit mal).

La lecture de ce mémoire a été suivie d'une discussion dans laquelle le Dr GOLDSBROUGH a fait remarquer que si nous pouvions lutter avec avantage dans ces maladies,

c'est avant que les grosses lésions existent ; qu'il est donc très important d'étudier les symptômes du début des maladies nerveuses. Le D[r] HUGHES pense que les conclusions de l'orateur précédent sont trop absolues. Il croit qu'il serait peu indiqué de se servir de médicaments ayant une action fugitive ; et que nous devons nous appliquer à l'étude de médicaments tels que *plumbum*, *phosphorus*, *secale*, etc., dont l'action correspond à la marche des lésions.

Le D[r] MOIR ayant avancé qu'il était utile de connaître la cause première des lésions pour établir un traitement approprié, le D[r] DYCE BROWN affirme qu'il est le plus souvent impossible de remonter à la cause et que la symptomatologie est surtout la source à laquelle nous devons emprunter nos indications, plutôt qu'à l'anatomie pathologique.

M. KNOX SHAW voudrait ajouter *nicotiana* à la liste des médicaments produisant des symptômes nerveux bien définis.

Le D[r] DUDGEON établit que lorsqu'il existe de grosses lésions de la moelle, les médicaments ont peu d'action : il montre que la recherche des lésions amenant les symptômes nerveux a été l'occupation la plus importante des médecins depuis quarante ans, qu'il y a eu de grandes variations dans les interprétations données, tandis que les symptômes sont toujours restés les mêmes.

D[r] MARC JOUSSET.

REVUE DES JOURNAUX ANGLAIS ET AMÉRICAINS

APIS MELLIFICA

L'étude d'*apis mellifica* a été faite et bien faite depuis longtemps; nous voulons seulement signaler quelques traits principaux de ce médicament qui sont exposés dans un article du Dr Van Denburg (1). Quelques symptômes nouveaux, quelques applications thérapeutiques inconnues jusqu'ici y sont indiqués. Les basses atténuations ont été les plus employées jusqu'à ce jour. Il y aurait cependant des cas où les dilutions élevées seraient utiles, et, notamment dans les cas où avec les autres symptômes demandant l'emploi d'*apis*, se rencontre une abondante sécrétion d'urine.

Quatre grandes indications commandent l'emploi de notre médicament :

1° Production d'un exsudat liquide et d'un gonflement œdémateux des tissus.

2° Douleurs brûlantes, lancinantes.

3° Prostration des forces considérable, plus marquée qu'elle ne devrait être à en juger par la gravité de la maladie.

4° Urines rares et foncées — ou urines abondantes et claires.

Apis serait rarement indiqué lorsque la majorité de ces symptômes ne se présente pas.

(1) Van Derbug. A Study of apis mellifica. The Hahnemannian Monthly. February 1889, p. 69 et suiv.

Dans l'anasarque avec face pâle, cireuse, lèvres et paupières œdématiées, dépression considérable de l'individu, troubles cérébraux, difficulté de coordonner les idées, indifférence complète ou caractère irritable, impatient, *apis* est très indiqué. *Arsenicum* produit aussi les mêmes symptômes, mais avec des différences qui permettront le choix du médicament. Dans les deux cas le malade est abattu, privé de sommeil, agité, craint la mort, mais avec *arsenicum* les symptômes sont plus accentués. L'insomnie est invincible, l'agitation est vive et incessante, la soif est inextinguible, la crainte de la mort est poussée jusqu'à la terreur.

L'action d'*apis* sur le cerveau donne une image complète de la méningite. Ce sont d'abord des douleurs généralisées à toute la tête, qui s'accentuent bientôt en même temps que le malade s'abat, perd le sommeil, et pousse de temps en temps des cris aigus. Plus tard il devient assoupi, comme stupide et continue encore ses cris. Van Denburg conseille d'associer dans ce cas *apis* à *belladona*, puis *helleborus* et *aconitum*.

Les névralgies produites par *apis* ont pour caractères particuliers, de changer de place et d'être aggravées par la chaleur de l'appartement.

Dans l'angine diphtéritique avec dépôts grisâtres sur les amygdales, douleurs dans les oreilles en avalant, gonflement des tissus du cou, *apis* sera bienfaisant, mais la grande indication dans ce cas est la prostration excessive du malade.

Van Denburg le recommande tout particulièrement dans l'œdème de la glotte. C'est un médicament de première importance, et si d'autres médicaments peuvent ici rivaliser avec lui, aucun ne lui est supérieur.

Apis mellifica produit une toux sèche, plus marquée après le sommeil, soulagée par le détachement de quelques mucosités, et souvent accompagnée d'une émission involontaire de l'urine. Dans la coccyodinie quelques doses d'*apis* seul ou alterné avec *belladona* amènent un soulagement très prompt.

Les douleurs articulaires subaiguës avec ou sans gonflement des articulations sont promptement soulagées par *apis*, et en particulier, lorsqu'elles sont aggravées par la chaleur du lit ou de l'appartement.

DES INDICATIONS DE QUELQUES MÉDICAMENTS DANS LES DEPLACEMENTS DE L'UTÉTUS (1).

Les renseignements qui vont suivre ont été fournis par le Dr G. Southwick dans un mémoire lu en 1888, devant l'Institut homœopathique américain.

Aletris farinosa est indiqué chez les femmes débilitées, dyspeptiques, souffrant d'une leucorrhée abondante, avec menstruation excessive, douloureuse et en avance. Les doses les plus favorables sont la teinture mère ou l'extrait liquide.

Arsenicum. Retroversion et chute de l'utérus. Sensation de brûlure au sommet de la tête et à l'estomac.

Arctuim lappa a été employé empiriquement à la première et à la seconde dilution dans les cas de rétroversion, de fluxion et d'abaissement. Des jeunes filles qui se plaignaient d'anorexie, de dépression du système musculaire, de douleurs dans le sacrum et dans les cuisses, en particulier à droite, et de sensibilité dans les organes pel-

(1) The Hahnemannian Monthly. January 1889, p. 64.

viens ont retiré de bons résultats de l'emploi de ce médicament.

Aurum. — Abaissement de la matrice avec sentiment de poids considérable et congestion chronique; sujets scrofuleux, mélancoliques, disposés à l'hystérie, impressionables par l'air froid, sujets aux douleurs dans les os. Le chlorure d'or et de sodium est préférable quand l'utérus abaissé est induré.

Belladona. — Abaissement, suite de congestion active. Douleurs vives dans le dos, de préférence à droite; sentiment de poids très marqué; urines fréquentes et même involontaires la nuit; menstruation abondante; sang qui se coagule difficilement, plutôt noir que rouge, irritant; organes très sensibles à l'examen. Ce médicament ne convient pas aux cas chroniques.

Calcarea carbonica. — Règles trop fréquentes, abondantes, prolongées; leucorrhée blanchâtre, irritante, amenant des démangeaisons et avec sensation de brûlure. Transpiration facile, apparaissant surtout le matin et plus marquée au niveau des organes génitaux externes; les malades sont brisées, fatiguées.

Fluorure de calcium. — Troubles de la nutrition, dyspepsie.

Conium. — Convient surtout aux prolapsus avec métrite chronique et hyperplasie du tissu conjonctif; douleurs lancinantes dans le bassin; démangeaison et gonflement des seins avant les époques.

Iodure de fer. — A la première trituration décimale, c'est le remède favori du Dr H.-C. Freston, pour les cas de rétroversion avec abaissement, atonie et congestion de l'utérus; urines involontaires; face rouge feu; règles abondantes et en retard.

Helonias. — A dose forte il agit surtout chez les malades anémiques et lymphatiques; menstruation abondante; leucorrhée profuse et irritante; douleurs et poids dans le bassin; quelquefois des ulcérations du vagin.

Murex purpurea. — La malade a conscience de son utérus. Douleurs vives, brûlantes dans le bassin et au périnée, aggravées au lit; sentiment de faiblesse général.

Défaillances de l'estomac ; règles en retard; augmentation des désirs sexuels.

Nux vomica. — Abaissement et congestion de l'utérus causés par un mouvement brusque du corps ou associés à la constipation; poids dans le bassin; règles en avance et trop abondantes; sang noir; nausées le matin; aigreur de l'estomac; tous les symptômes sont plus marqués dans la matinée.

Rhus toxicodendron s'est montré très utile chez une malade atteinte de prolapsus au second degré — convient surtout aux sujets rhumatisants.

Secale cornutum. — Déplacements, suites de couches; relâchement et chute du vagin; hémorrhagies utérines atoniques.

Ustilago. — Utile quand sécale échoue; douleurs abdominales profondément situées.

Sepia. — Rétroversion et abaissement très prononcés. Irritation de la vessie; leucorrhée brûlante; si par le toucher, on tente de redresser l'utérus, la douleur se propage jusqu'à l'estomac.

Stannum. — Leucorrhée pâle, composée d'un mucus transparent; grande faiblesse; chute du vagin ou de l'utérus; époques en avance, trop abondantes, précédées

de mélancolie, dyspepsie plus marquée le matin ; vomissements produits par l'odeur de la cuisine.

Sulphur. — Déplacements avec inflammation chronique et congestion veineuse des organes pelviens ; règles en retard, trop abondantes et trop courtes ; sang épais, noir, irritant ; durant les époques, poids au creux de l'estomac, brûlement dans le vagin ; leucorrhée irritante ; le sommet de la tête chaud avec les pieds froids ; sensation de brûlure à la plante des pieds avec des crampes dans les cuisses et aux pieds la nuit.

Terebinthina. — Ténesme très douloureux de la vessie, qui peut même amener ensuite des urines sanguinolentes.

ALBUMINURIE DE LA GROSSESSE. — SES CAUSES. — SON TRAITEMENT. — ECLAMPSIE, par le Dr DANFORTH (1).

L'étiologie de l'albuminurie pendant la grossesse a été étudiée très complètement par un grand nombre d'auteurs modernes. Aussi le Dr Danforth glisse rapidement sur cette partie de son sujet. Il se contente d'attirer plus particulièrement l'attention sur l'irritation sympathique produite sur les reins par l'utérus gravide. Pour lui, c'est un facteur important dans la production de l'albuminurie.

Le traitement peut se classer sous cinq chefs principaux :

1° Prophylaxie.

2° Traitement médical de l'albuminurie.

3° Accouchement prématuré quand tous les autres moyens thérapeutiques ont échoué et que l'empoisonnement du sang est profond.

---

(1) North american Journal of homœopathie, february 1889, p. 78 et suiv.

4° Traitement de l'éclampsie et de ses suites.

Prophylaxie. — Dans ce cadre rentre l'hygiène de la grossesse en général. Le plus grand soin sera apporté au bon fonctionnement de l'intestin et de tous les émonctoires, en particulier de la peau. Le régime sera surveillé et on fera prendre un exercice suffisant. L'auteur prescrit d'éviter la viande et les aliments azotés. Nous croyons pour notre part qu'on ne prescrit pas la viande tant que l'albuminurie n'existe pas. Quoi qu'il en soit, la découverte de l'albumine dès sa première apparition est très importante. Aussi est-il nécessaire d'examiner les urines des femmes enceintes dès le sixième mois et ensuite tous les quinze jours. Tous les accoucheurs sont aujourd'hui de cet avis. La quantité de l'urée doit être l'objet d'une surveillance rigoureuse. Dès qu'elle diminue, il convient d'administrer aussitôt les médicaments que peuvent réclamer les symptômes concomitants.

Traitement. — A la Maternité de Paris, le professeur Tarnier a obtenu les meilleurs résultats en soumettant ses albuminuriques à la diète lactée. C'est un moyen que nous ne devons pas négliger, mais il faudra y ajouter l'emploi de nos médicaments. Les mieux indiqués sont les suivants :

Apis : Urines rares, très colorées, contenant de l'albumine, des tubes urinifères et des cellules épithéliales ; œdème de la face, des mains et des extrémités inférieures ; grande prostration ; peau cireuse, pâle, transparente ; quelquefois une éruption ressemblant à l'urticaire, ou une éruption de boutons rosés, ou encore une apparence érysipélateuse des extrémités œdématiées ; esprit inquiet, agité.

Arsenicum. — Urines très noires ; tubes urinifères abondants. Grande faiblesse et insomnie.

Antimonium tartaricum. — Urines rares, d'un rouge brun, troubles et d'odeur forte. Elles renferment du sang et de l'albumine.Outre ces caractères propres à l'urine, on observe encore des troubles du côté de l'estomac particuliers à ce médicament tels que les vomissements, les éructations, le dégoût pour les aliments, la salivation, le catarrhe des bronches, et même l'œdème du poumon.

Glonoïn. — Urines abondantes, très colorées, très albumineuses, brillantes ; la malade doit se lever la nuit pour uriner. Céphalalgie congestive avec élancements, bouffées de chaleur, aggravée par la marche, par le bruit. Afflux de sang à la gorge, à l'occiput, aux yeux. La tête semble trop grande, prête à éclater ; la malade la soutient avec ses mains. Les battements du cœur sont douloureux.

Helonias. — Albuminurie pendant la grossesse. Urines abondantes et claires. Sensation de brûlure, de poids dans la région des reins. Etat général languissant, abattu.

Apocynum. — Urines réduites au tiers de leur quantité normale. Pesanteur des reins, mais pas de douleur proprement dite.

Cantharis. — N'est pas souvent indiqué dans l'albuminurie ordinaire de la grossesse ; mais peut devenir un très bon médicament quand survient une attaque aiguë, ou qu'une nouvelle poussée se produit dans une néphrite antérieure. Urines épaisses, rares, albumineuses, avec mucus et tubes urinifères. Douleurs dans les reins, et en urinant. Envie incessante d'uriner, convulsions et dysurie.

Kalmia est souvent utile, bien que sa pathogénésie ne l'indique pas dans les affections des reins ; mais son

action puissante sur le cœur, et par là même sur les reins, rend son emploi efficace, spécialement dans les cas de douleurs brûlantes au niveau des extrémités, sans preuve évidente d'inflammation locale.

Mercurius corrosivus. — Urines rares ou abondantes, contenant de l'albumine, et des débris de tubes urinifères.

Helleborus. — Urines rares, épaisses et albumineuses.

Térébinthina. — Urines rares, épaisses, sanguinolentes et très albumineuses.

Accouchement prématuré. — Quand tous les moyens hygiéniques et thérapeutiques ont été mis en œuvre inutilement dans le traitement de l'albuminurie de la grossesse, il est très difficile pour le médecin de décider s'il doit recourir à l'accouchement prématuré. Le Dr Danforth conseille avec la majorité des accoucheurs d'attendre le plus possible, et d'autant plus que la grossesse est moins avancée, tout en tenant la malade sous la surveillance la plus attentive. La quantité de l'albumine n'indique pas menace d'éclampsie. Il faut tenir bien plus grand compte de la quantité des urines, de la proportion des sels qu'elles renferment, des troubles du système nerveux, de la céphalalgie, de la gastralgie, de l'amblyopie. C'est dans l'ensemble et l'intensité de ces symptômes que le médecin trouvera les indications de sa conduite.

Traitement de l'éclampsie. — Que les convulsions apparaissent au début ou dans le cours du travail, la première indication est d'administrer du chloroforme et d'opérer la délivrance au plus vite. Si le col n'est pas dilaté et rigide *Gelsemium* (θ) ou *actœa racemosa* (θ) faciliteront le travail. Mais s'il est nécessaire il ne faut pas hésiter à recourir à la dilatation artificielle. Ensuite le forceps ou la version suivant les cas.

En dehors de la délivrance il existe aussi un traitement médical de l'éclampsie.

Veratrum viride et *Glonoïn* sont employés dans l'ancienne école en raison de leur pouvoir dilatateur. Mais leur pathogénésie suffit à nous rendre compte de leur action homœopathique dans ces cas.

Veratrum convient aux convulsions semblables à des chocs électriques, avec mâchonnement, contorsions de tout le corps, écume aux lèvres, difficulté d'avaler. *Glonoïn* est préférable quand existe une congestion cérébrale intense.

Le Dr Danforth, dans un cas qui se présenta dans sa clientèle, employa avec grand succès *glonoïn* et *apis*. *Apis* fut donné contre un abattement très prononcé survenu 10 jours avant l'accouchement en même temps que les urines étaient rares, très colorées et chargées d'albumine. Le travail se fit trois semaines avant terme et dans les jours qui précédèrent, la malade se plaignait d'une céphalalgie très intense avec battements. Glonoïn (3 : 10) diminua notablement l'intensité du mal. L'accouchement se fit naturellement sans convulsions, mais au lieu d'augmenter comme précédemment, les urines diminuèrent de quantité après l'accouchement, et le soir du second jour les convulsions apparurent, et se renouvelèrent toutes les dix minutes. Glonoïn (3 : 10) fut administré en raison des symptômes congestifs très marqués. Les attaques diminuèrent graduellement de nombre et d'intensité, et finalement devinrent plutôt hystériformes. Deux injections de morphine dans l'espace de deux heures (de un sixième de grain) firent cesser ces derniers accès. Mais la malade ne fut véritablement hors de danger que lorsque *apis* eut rétabli le cours normal des urines.

Gelsemium est un médicament qu'on a beaucoup vanté. Son emploi est rarement indiqué, mais quand on est en présence des symptômes qui le réclament, c'est un de nos meilleurs médicaments. Les convulsions sont précédées d'abattement, de pesanteur dans la tête, de plénitude dans la région de la moelle. Tête lourde, pesante, regard demi-hébété ; face rouge, parole embarrassée, pouls plein et lent. Albumine pendant la grossesse ; lenteur du travail et rigidité du col. Dès les premières douleurs la femme tombe dans une torpeur dont on ne peut la tirer qu'en la secouant. Pas de réponse quand on l'interroge ou parole difficile. Pas de douleurs, les membranes font saillie à travers le col entr'ouvert...

Belladona. — Les convulsions commencent pendant le travail. Face rouge, livide. Pupilles dilatées. Violentes pulsations des carotides. Soubresauts des muscles dans l'intervalle des convulsions ; réveil en sursaut, cris pendant le sommeil le plus profond. Grimace, tressaillements, hallucinations effrayantes.

Le *sulfate d'atropine* a des indications encore plus nettes. Face rouge, violentes convulsions, inconscience, yeux hagards, grincements de dents, écume sanguinolente à la bouche, les pouces sont fléchis dans la main, la malade projette les membres en tous sens. Dans l'intervalle des convulsions sommeil très profond.

Aconitum. — Tête congestionnée, peau chaude et sèche, soif, insomnie et crainte de la mort.

Hyoscyamus. — Convulsions pendant l'accouchement avec soubresauts de tous les muscles.

Actæa racemosa. — Les convulsions sont précédées d'une période d'excitation et suivies d'affaissement et de dépression.

Opium est très utile quand il y a tendance au coma urémique. Les convulsions sont précédées d'un grand cri : écume à la bouche, raideur tétanique, tremblement des membres, yeux demi-ouverts et tournés en haut ; pupilles dilatées et insensibles à la lumière. Dans l'intervalle la malade est plongée dans la stupeur, la face rouge et chaude, le pouls plein et lent, la respiration anxieuse. Plus la dépression est grande, plus opium est indiqué.

Le Dr Danforth termine son travail en conseillant de recourir aux émonctoires afin de débarrasser l'économie de tous les produits toxiques qui empoisonnent le sang. C'est ainsi qu'on doit employer les purgatifs : *mercure dulcis* (1e trit. déc.) 5 doses à prendre de demi-heure en demi-heure, et faire suivre soit d'une solution de *citraté de magnésie* soit de *jalap* ou d'*étaterium*. D'autres médicaments s'adresseront plus particulièrement aux reins : *apocynum cannabicum*, *apis mellifica*.

Dr J. Sourice.

REVUE DES JOURNAUX

Des tremblements hystériques. — Des gangrènes disséminées de la peau chez les enfants. — Recherches sur la syphilis tertiaire. — Du rhumatisme chronique. — L'actinomycose. — De l'angine cholérique.

DES TREMBLEMENTS HYSTÉRIQUES (1).

Il n'y a pas un tremblement hystérique toujours et partout le même, mais bien des tremblements d'origine hys-

(1) *Progrès médical* 14 et 21 septembre 1889.

térique. Avec M. Pitres de Bordeaux on peut les classer en trois groupes distincts : 1° les tremblements trépidatoires; 2° les tremblements vibratoires; 3° les tremblements intentionnels.

Les tremblements trépidatoires sont habituellement localisés à un membre et plutôt à un membre inférieur. Ils consistent en secousses bien rythmées d'extension et de flexion du pied sur la jambe, de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin. Ils ressemblent à la trépidation épileptoïde due à la sclérose systématique des faisceaux pyramidaux, mais en différant par l'absence de contracture spasmodique des muscles.

Ils débutent d'une façon insidieuse, et peuvent n'exister que, soit dans le décubitus horizontal, soit au contraire dans la station assise ou verticale. Leur durée est habituellement assez longue, mais comme tous les autres accidents de l'hystérie, ils peuvent guérir brusquement.

Les tremblements vibratoires sont constitués par de très petites secousses brèves et uniformes imprimant aux membres des mouvements d'oscillations vibratoires rapides. Ils peuvent siéger sur toutes les parties du corps, mais surtout aux membres supérieurs. Ils n'empêchent pas absolument l'exécution des mouvements volontaires, mais déterminent seulement de la gêne et de l'inhabileté. Ils ressemblent tantôt aux tremblements de la maladie de Graves, tantôt à ceux de la maladie de Parkinson. Ils peuvent ainsi simuler le tremblement sénile ou le tremblement alcoolique. Leur début est brusque ou progressif. L'emploi de l'électrisation, de l'aimantation ou de la suggestion les guérit parfois subitement, mais leur durée est habituellement longue.

Les tremblements intentionnels sont ceux qui ne se

produisent qu'à l'occasion d'un mouvement volontaire d'une certaine étendue, et qui cessent dès que le muscle revient au repos. Ils ressemblent absolument aux tremblements que l'on observe dans la sclérose en plaques, dont ils sont souvent difficiles à différencier. Cependant leur début est habituellement brusque et il suffit parfois d'une seule séance d'aimantation pour les faire disparaître. Il faut remarquer que les auteurs modernes tendent à rattacher à l'hystérie toxique, certains tremblements intentionnels, qui se développent dans le cours de quelques intoxications comme l'intoxication mercurielle.

DES GANGRÈNES DISSÉMINÉES DE LA PEAU CHEZ LES ENFANTS (1).

Le Dr Paul Gallois n'étudie sous ce nom que des gangrènes disséminées, ne pouvant être attribuées à une compression ou à une influence mécanique extérieure.

Les gangrènes de la peau se présentent sous deux formes différentes. Dans un type, ils existe une lésion ulcéreuse antérieure de la peau sur laquelle la gangrène vient se greffer : c'est une sorte de gangrène secondaire. Dans l'autre cas, la gangrène se montre après une manifestation cutanée, non ulcéreuse dont elle suit immédiatement le développement, et semble alors faire partie de la maladie : c'est une gangrène concomitante.

Dans les faits du premier type, la gangrène se développe, à la suite d'aphtes, ou sur des ulcérations dues à la vaccine, à la varicelle, à des vésicatoires et surtout à la rougeole.

Dans les autres cas, au contraire, on ne peut trouver la

(1) *Bulletin médical* 8 et 11 septembre 1889.

porte d'entrée de la gangrène et c'est ainsi qu'on pourra l'observer avec de l'érythème noueux, ou du purpura.

La lésion se présente d'abord sous la forme d'une phlyctène à fond rose, puis lorsque cette phlyctène se rompt, l'ulcération prend une coloration noirâtre et autour de cette tache, la peau subit une inflammation plus vive. Peu à peu la séparation entre la partie sphacélée et la zone enflammée s'accuse, et l'eschare se détache par lambeaux. A la place il reste alors une ulcération plus ou moins profonde, à bords saillants. La région avoisinante est le siège d'une prôlifération conjonctivale plus ou moins active et les vaisseaux présentent des thromboses qui sont l'effet ou la cause de la gangrène. Cette région est œdémateuse.

On peut observer en même temps, de violentes dou leurs au niveau des articulations, la fièvre est vive et s'accompagne de diarrhée et d'hémorrhagie intestinale. Il peut y avoir de la bouffissure de la peau, de la somnolence et des accidents convulsifs. On rencontre assez souvent des complications pulmonaires et cardiaques graves. L'urine est souvent albumineuse ou contient du sucre.

Cette affection ne se rencontre guère que chez les enfants au-dessous de trois ans, mais en outre des conditions exposées plus haut pour son développement, il faut surtout que l'enfant soit débilité par le fait de la maladie ou de mauvaises conditions hygiéniques antérieures.

Au point de vue pathogénique, l'auteur laissant de côté toute autre hypothèse, reconnaît comme cause de cette gangrène, deux microbes dits pathogènes. Dans les cas de gangrène consécutive, le microbe arrive sur une plaie préexistante et s'y développe en raison de la débilité du sujet, puis successivement s'inocule aux autres plaies. Dans les cas de gangrène concomitante, il y a une infec-

tion générale d'emblée donnant lieu à des accidents cutanés locaux.

Comme traitement, il faut tonifier le malade, lui donner de l'air, de la lumière et l'isoler, car cette gangrène semble contagieuse. Les plaies doivent être pansées avec de l'iodoforme, du salol ou tout autre antiseptique.

RECHERCHES SUR LA SYPHILIS TERTIAIRE (1).

Quelles sont les échéances du tertiarisme? Quelles sont la qualité et la fréquence comparée des manifestations morbides qui le constituent? Voilà les questions qu'étudie le professeur Fournier avec des statistiques portant sur 2,395 cas de syphilis observés dans sa clientèle privée et dans lesquels, la date du chancre et des premières manifestations tertiaires a pu être exactement déterminée.

De cette étude il résulte :

1° Que la fréquence relative des manifestations du tertiarisme subit une ascension considérable de la première à la troisième année;

2° Qu'elle atteint son apogée à la troisième année:

3° Que de la quatrième à la onzième elle décroît d'une façon continue, assez rapide et presque régulière, tout en se tenant encore dans une moyenne assez élevée;

4° Que dans les 10 années suivantes elle continue encore à décroître, mais d'une façon bien plus lente.

5° Qu'au delà, c'est-à-dire de la vingt et unième à la trentième année, elle conserve un niveau à peu près uniforme, mais très abaissé;

6° Qu'enfin au-delà de ce terme la syphilis tertiaire devient exceptionnelle.

(1) *Archives générales*, septembre 1889.

En outre, contrairement à l'opinion généralement admise, la syphilis tertiaire n'est pas essentiellement tardive, elle peut être précoce et même se manifester dès les premiers mois de la maladie. Le maximum numérique de ses manifestations correspond aux premières années de la diathèse.

C'est dans 3429 cas que M. Fournier recherche les affections tertiaires et leur fréquence relative. Les syphilides tertiaires donnent 787 cas.

Les lésions tertiaires des organes génitaux 156 cas, et à ce propos, il faut remarquer que pour l'énorme majorité des cas, ces lésions ont consisté en syphilides ulcéreuses chancroïformes simulant tantôt le chancre simple, tantôt le chancre syphilitique. Ainsi se trouvent expliquées bien des prétendues récidives de chancres syphilitiques.

Il serait impossible de citer complètement cette nomenclature, aussi nous nous contenterons de relever 19 cas d'atrophies musculaires, divisés en atrophies périphériques et atrophies d'origine centrale, et surtout les cas de syphilis ayant porté sur le système nerveux, qui atteignent le chiffre de 1085 cas ; 461 cas de syphilis cérébrale ; 77 cas de syphilis médullaire ; 11 cas de syphilis cérébro-spinale ; 19 cas d'atrophie musculaire ; 78 cas de paralysies partielles ; 400 tabes spinal ou cérébro-spinal ; 32 cas de paralysie générale ; 8 cas d'affections nerveuses diverses ; 9 cas d'aliénation d'origine syphilitique.

Aussi faut-il conclure :

1° Que le plus grand danger du tertiarisme réside dans l'excessive fréquence des affections spécifiques du système nerveux, affections dont chacun connaît l'importance et le haut degré de gravité ;

2° Que le principe de la syphilis, quel qu'il soit, s'il

constitue un poison de tout l'être, constitue surtout et principalement un véritable poison du système nerveux.

DU RHUMATISME CHRONIQUE (1).

Le rhumatisme chronique est étudié ici par le Dr Delmas au point de vue pathogénétique et du traitement.

Tous les cas peuvent être rattachés à trois grands modes pathogénétiques : rhumatisme dyscrasique ; rhumatisme nerveux ; rhumatisme local.

Le rhumatisme dyscrasique est sous la dépendance de la diathèse rhumatismale. Dans cette forme on a affaire au vrai rhumatisme avec ses fluxions brusques se portant d'une région à une autre, des articulations aux muscles et aux viscères.

Le rhumatisme nerveux présente une prédominance marquée du symptôme douleur avec une remarquable prédilection pour la régularité ou la symétrie des manifestations locales, c'est une pseudo-diathèse rhumatismale.

Enfin dans le rhumatisme local, l'origine dyscrasique et l'origine nerveuse sont hors de cause, c'est une simple fluxion strictement confinée sur un point quelconque de la périphérie sans retentissement possible du côté des viscères.

Lorsque le rhumatisme porte sur l'appareil locomoteur seul, il est dit normal. S'il atteint à la fois l'appareil locomoteur et les viscères, il est dit anormal.

Le rhumatisme normal se présente sous trois formes : musculaire, articulaire ou mixte, quant au rhumatisme anormal, il détermine des inflammations aiguës ou chroniques du système séreux tout entier.

---

(1) *Archives générales de médecine*, septembre 1880.

Le rhumatisme s'allie très bien à d'autres diathèses, dont les prédisposantes sont l'herpétisme et l'arthritisme. La scrofulose, la tuberculose et la syphilis sont des diathèses avec lesquelles le rhumatisme peut évoluer accidentellement.

Traitement. — Il y a dans la plupart des rhumatismes deux points importants à considérer : l'élément local et l'élément diathésique.

Etat diathésique. — Il faut chercher à le modifier par le changement de milieu, d'habitudes, de régime.

Elément local. — Il faut s'efforcer de calmer la douleur par la sédation, la fluxion par la révulsion, le travail hyperplasique par la résolution.

Le traitement thermal pourra être souvent substitué très avantageusement aux systèmes médicamentaux. La nécessité de se rendre aux sources mêmes des eaux minérales, afin de bénéficier sûrement de tous leurs effets, procure déjà, *ipso facto*, les avantages si appréciés et si salutaires aux rhumatisants, du changement de milieu et d'habitudes. En même temps, ils sont mis à l'abri des influences atmosphériques nuisibles à leur santé et des obligations professionnelles peu compatibles avec les soins dont ils ne sauraient se passer.

Suivant les modifications à imprimer aux fonctions nutritives, on s'adressera aux eaux purgatives résolutives pour en modérer l'excès, ou pour en stimuler l'atonie aux eaux sulfureuses : des exagérations uriques ou fibrineuses seront traitées par les eaux chlorurées sodiques. Il faut toutefois se rappeler que le rhumatisme cardiaque avec lésions organiques définitives (hypertrophie, endopéricardite, altérations valvulaires), interdit de la manière la plus vigoureuse l'emploi de la thermalité. Le rhumatisme

cérébro-spinal ne devient un motif de proscription, que dans le cas de ramollissement avec perte de la substance nerveuse. Le rhumatisme hépatique et rénal n'imposent pareille défense que s'ils sont accompagnés d'ascite ou d'anasarque généralisée.

DE L'ACTYNOMYCOSE (1).

L'actinomycose est une maladie résultant de la pénétration dans l'organisme des hommes et des animaux, d'un champignon spécial observé d'abord chez le bœuf, par Rivolle et Perroncito en 1875, nous dit le Dr Hausmann.

Au niveau du point primitivement atteint, il se produit une infiltration néoplasique qui s'étend lentement en largeur et en profondeur, sans jamais donner lieu à la formation de tumeurs volumineuses bien visibles à l'extérieur. De consistance tantôt molle, tantôt dure, cette tuméfaction est imprégnée d'un liquide séreux ou légérement purulent, collecté dans des cavités tapissées de fongosités. La masse en se développant du côté de la peau l'ulcère et il se forme des fistules qui laissent écouler ce liquide dans lequel on trouve de nombreuses granulations opaques, onctueuses au toucher, du volume d'un grain de millet. Ces granulations sont caractéristiques de l'actinomycose, elles sont composées d'agglomération des champignons rayonnés de la maladie ou actinomycoses.

Une fois installée dans l'organisme, l'actinomycose ne borne pas son action au point primitivement atteint. Se propageant sans relâche, la néoplasie actimocycosique emprisonne, les vaisseaux et les nerfs, englobe les muscles, attaque les os et pénètre les articulations avoisinantes.

(1) *Archives générales de médecine*, octobre 1889.

Suivant les régions qu'envahit l'actinomycose, les lésions produites par elle présentent des particularités qui permettent de reconnaître trois grandes formes de la maladie : une forme cervico-faciale, une forme thoracique et une forme abdominale.

La forme cervico-faciale débute ordinairement en un coin de la mâchoire inférieure, voisin d'une dent cariée ou récemment extraite, il se produit alors une tuméfaction qui est souvent prise pour un abcès, mais la lésion continue sa marche, soit en descendant le long du sterno-cléido-mastoïdien pour arriver à la clavicule, soit en suivant la branche montante du maxillaire pour gagner la base du crâne et attaquer la colonne vertébrale. D'autres fois la maladie débute par le maxillaire supérieur et est alors beaucoup plus grave.

La forme thoracique succède le plus souvent à la pénétration directe du parasite dans le parenchyme pulmonaire. Celui-ci ne tarde pas à être détruit, et la néoplasie envahit la plèvre, les côtes, les muscles intercostaux, la peau et arrive à la surface. La marche est habituellement lente et insidieuse, ce n'est que dans les derniers temps qu'on observe des poussées inflammatoires.

La forme abdominale peut n'être que l'extension de la forme thoracique, ou succéder à la pénétration du parasite dans les parois intestinales. Alors, le néoplasme traverse l'intestin, soude les anses intestinales les unes avec les autres ou avec les autres organes abdominaux, perfore la vessie, etc... On peut constater des dépôts métastatiques dans le foie ou les autres glandes de l'abdomen.

Le diagnostic est entouré de grandes difficultés. Seule, la découverte du champignon pathognomonique permettra de le poser avec certitude. La marche est essentiellement

chronique, les poussées aiguës sont toujours dues à des complications ou à l'infection de l'organisme par des éléments étrangers.

La durée est difficile à préciser.

L'étiologie est encore entourée de bien des obscurités. Certains auteurs admettent l'infection de l'homme par le lait et la chair d'animaux actinomycosiques. En tout cas, il sera bon de procéder à l'obturation des dents cariées et à l'ablation des concrétions amygdaliennes qui sont souvent le point de départ du foyer des actinomycoses.

La pénétration du parasite par une solution de continuité de la peau est admise.

Le traitement curatif esl exclusivement chirurgical, dans les cas où il peut être entrepris.

DE L'ANGINE CHOLÉRIQUE (1).

L'angine cholérique, qui fait le sujet du mémoire du Dr Coste de Marseille, est une affection apyrétique de l'isthme du gosier qui apparaît pendant la période de réaction du choléra et qui est caractérisée par la formation sur la muqueuse du voile du palais, de petites gouttelettes citrines produites par l'hypersécrétion des glandules salivaires de cette région.

Cette affection débute, dans les jours qui suivent la réaction cholérique, par de la rougeur de la paroi antérieure du pharynx, qui est luisant par place, et parsemée de petits points saillants, d'un rouge plus intense. Le jour même ou le lendemain apparaît une desquamation épithéliale par plaques qui laisse voir alors les petites

(1) *Revue de médecine*, octobre 1889.

gouttelettes citrines. Au bout de peu de jours, les gouttelettes disparaissent, et la muqueuse palatine retrouve peu à peu sa coloration primitive.

Il peut survenir en même temps une éruption cutanée (érythème mamelonné), mais ce n'est pas la règle. Elle apparaît 2 ou 3 jours après le début de l'angine.

Cette angine se termine toujours par la résolution, quant à sa durée, elle varie de 6 à 12 jours, elle est plus longue chez les malades qui présentent de l'érythème mamelonné à cause de la fièvre qui accompagne cette complication.

D'après M. Coste, on retrouverait toujours cette angine pendant la période de réaction du choléra.

Cette affection doit être différenciée de la coloration lie de vin existant pendant la période cyanique. Le diagnostic différentiel doit être fait avec l'érysipèle du pharynx, le muguet et l'angine herpétique.

Faut-il considérer cette angine cholérique comme due à l'absorption d'acétate d'ammoniaque? Mais, on la rencontre chez les malades qui n'en ont pas pris. Elle ne semble pas non plus devoir être considérée comme une angine infectieuse. Il faut plutôt ne voir dans l'angine cholérique qu'une expression du retour des fonctions du grand sympathique.

L'angine cholérique ne comporte aucun traitement spécial, elle disparaît spontanément.

D[r] G. Nimier.

VARIÉTÉS

LA CRAINTE DU MICROBE.

La vulgarisation des travaux sur les microbes, cause des maladies contagieuses, la microbiomanie contemporaine, a encore augmenté la peur de la contagion ; le fait suivant, que nous empruntons au *Temps* (5 novembre 1889) peut donner une idée de ce qui se passerait en cas d'épidémie, maintenant que les notions de miasmes, de microbes sont tombées dans le domaine public.

Le joli petit hameau de la Mède, situé aux environs de Marseille, entre Martigues et Chateauneuf, vient d'être le théâtre d'un incident navrant et digne des préjugés du moyen âge. Un cultivateur étant tombé malade de variole a été, en raison du caractère contagieux de la maladie, abandonné par sa sœur, qui habitait seule avec lui. On prévient aussitôt les enfants du vieillard qui habitaient une ville voisine. Pendant ce temps, le malade pris d'un accès de délire, se leva, sortit de chez lui et tomba, privé de connaissance, sur le chemin. Ses fils étant arrivés, n'osèrent toucher à leur père de peur d'attraper la maladie et ils se bornèrent à jeter une paillasse sur le vieillard. Ce malheureux est resté ainsi étendu, sur le sol, le corps recouvert par la paillasse, pendant trente-six heures, exposé au froid, à la pluie, au soleil et dévoré par les mouches. Au bout de ce temps un médecin et un habitant du hameau le transportèrent dans sa chambre. Pendant qu'ils accomplissaient cet acte de charité, les habitants de Chateauneuf suivaient de loin, visiblement effrayés cette opération. Le malheureux malade est mort le lendemain. M. J.

AVIS

CACTACEÆ.

Le Dr E. M. Hale, de Chicago, 65 E. 22 rue nous communique la note suivante :

Comme membre du bureau de matière médicale et de thérapeutique de l'Institut américain d'homœopathie, j'ai choisi comme sujet de mémoire les propriétés pathogénétiques et thérapeutiques du Cactaceæ.

Il y a 18 genres connus dans cette famille et environ 800 espèces. Je désire réunir dans mon mémoire toutes les observations médicales concernant toute espèce.

Je prie instamment les médecins de tous pays de m'envoyer toutes les observations toxiques ou curatives concernant des membres de cette importante famille avant le 1er juin 1890.

COURS PUBLIC ET GRATUIT DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Par le Dr P. JOUSSET.

Ce cours commencera le dimanche 19 janvier, à 9 h. 1/2, et se continuera tous les dimanches à la même heure.

Hôpital Saint-Jacques, ruelle des Volontaires (rue de Vaugirard, 227).

Le professeur exposera le traitement homœopathique de la grippe.

Le Directeur-Gérant, P. JOUSSET.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine,
52, rue Madame et rue Corneille, 3

UNE INNOVATION DANS LA CHAUSSURE

L'industrie de la chaussure est une de celles qui ont fait le plus de progrès en ces dernières années.

Nous avons aujourd'hui à signaler à nos lecteurs, une innovation importante, appelée à un grand succès.

C'est le nouveau modèle de chaussures, système Clément, breveté S. G. D. G., supprimant les boutonnières et les boutons, les élastiques et les crochets, tout en donnant une fermeture plus rapide, plus élégante et plus solide.

On connaît les nombreux inconvénients des fermetures employées jusqu'a ce jour.

Les boutonnières se déchirent et se déforment après quelques jours d'usage;

Les boutons se décousent ou arrachent la bottine;

Les élastiques compriment la jambe, empêchent la circulation du sang et se déforment rapidement.

Les crochets déchirent et usent les robes et les pantalons.

On a cherché maintes fois à y remédier, à créer des fermetures faciles mais les résultats obtenus étaient loin d'être satisfaisants.

Seul enfin, M. Clément qui connaissait les défauts de toutes les tentatives faites à ce point de vue, est parvenu, avec son ingénieux système, à faire disparaître tous les inconvénients que nous venons de signaler.

La fermeture qu'il vient d'imaginer simule parfaitement le bouton ancien, ce qui n'a pas été fait jusqu'à ce jour; elle supprime l'emploi du tire-boutons ou de tout autre outil; enfin elle est instantanée, se serre et se desserre à volonté; se place sur le devant ou sur le côté de la chaussure, et s'adapte à tous les genres, pour hommes, dames et enfants.

Voici en quoi elle consiste: la partie supérieure de la chaussure est munie de boutons, d'un système particulier, terminés par un anneau dans lequel passe une coulisse que l'on croise autour d'autres boutons, d'une forme spéciale, fixés à la partie inférieure de la dite chaussure.

Pour opérer la fermeture il suffit de tirer tout simplement la coulisse, ce qui ne demande aucun effort.

C'est même d'une telle simplicité qu'il est facile de le faire dans l'obscurité la plus complète.

Une sous-patte empêche les anneaux des boutons de gêner le bas de la jambe.

L'ART MÉDICAL

FÉVRIER 1890

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

PREMIÈRE LEÇON.

Messieurs,

Notre but en vous faisant chaque année ces conférences sur l'homœopathie est de vous convaincre que la réforme de Hahnemann constitue la thérapeutique positive et expérimentale, par opposition à la thérapeutique allopathique, qui reste ce qu'elle a toujours été, une thérapeutique hypothétique et dont les règles d'indications varient et changent comme les systèmes physiologiques sur lesquels elle s'appuie. Les difficultés de ma démonstration tiennent surtout aux préjugés qu'on a su vous inspirer contre l'homœopathie. Pour beaucoup de nos adversaires l'homœopathie est restée une méthode thérapeutique mystérieuse, engendrée par le mysticisme allemand et ayant pour caractéristique l'administration des médicaments à des doses ridiculement petites. Pour eux, le globule élevé à sa plus haute puissance est toute l'homœopathie.

Nous avons montré bien des fois dans notre enseignement que cette manière de comprendre l'homœopathie était une erreur et un déni de justice vis-à-vis du grand réformateur, qui mérite d'être appelé le père de la thérapeutique moderne.

Il ne faut pas oublier, en effet, qu'avant d'avoir inventé le globule qui n'est qu'une réforme pharmaceutique, et les doses infinitésimales qui sont une des conséquences de la loi de similitude, Hahnemann s'était immortalisé en créant la *matière médicale expérimentale*, sur laquelle vit la science contemporaine tout entière ; et la loi de similitude qui nous donne pour le choix des médications une règle absolument exempte d'hypothèses et distingue ainsi, radicalement, l'homœopathie de l'allopathie.

Est-il nécessaire de vous répéter cette année ce que je vous ai dit tant de fois : qu'avant Hahnemann nos connaissances sur la matière médicale étaient un ensemble monstrueux de connaissances contradictoires et hypothétiques, qui, d'après notre grand Bichat, ne méritaient même pas le nom de science ; que depuis Hahnemann, au contraire, les thérapeutistes modernes, suivant les préceptes et les exemples donnés par ce grand homme, s'efforcent d'étudier par des expérimentions sur l'homme et sur les animaux, les propriétés des médicaments et complètent ainsi la matière médicale expérimentale dont Hahnemann posait les bases dès la fin du siècle dernier dans ses *Fragmenta* et que lui et ses successeurs ont développée et perfectionnée jusqu'à ce jour.

Faut-il encore revenir sur l'impossibilité de trouver une règle d'indication dans la *loi des contraires* qui suppose connue la cause première de toutes les maladies, et faut-il refaire l'histoire des variations des systèmes étiologiques depuis la nature médicatrice d'Hippocrate et les humeurs peccantes de Gallien, jusqu'aux microbes déjà détrônés par les poisons qu'ils engendrent ?

L'homœopathie ne consiste donc pas seulement dans l'administration des médicaments à dose infinitésimale.

La matière médicale expérimentale et la règle d'indication tirée de la loi des semblables forment la base réelle de la réforme de Hahnemann, et ce sont ces deux grands principes qui ont entraîné notre conviction quand nous avons étudié la nouvelle thérapeutique.

Quant aux doses infinitésimales, nous ne les avons acceptées que sous bénéfice d'inventaire, et elles constituent encore le plus grand obstacle à la vulgarisation de l'homœopathie.

Sans elles, l'allopathie avec ses systèmes changeants, ses engouements et ses illusions sans cesse éteints et sans cesse renaissants, ne pourrait pas soutenir la lutte contre la réforme thérapeutique, et, malgré le grand avantage que lui donne sur nous, dans la polémique, les exagérations des infinitésimalistes, elle est pénétrée et envahie de plus en plus par notre matière médicale.

L'histoire de l'homœopathie depuis cinquante ans nous montre cette question des doses continuellement à l'étude chez les disciples de Hahnemann et si, comme il était aisé de le prévoir, certains esprits se sont laissés entraîner à des exagérations qui ont laissé bien loin derrière elles la trentième dilution de Hahnemann, il est juste de reconnaître qu'une réaction en sens inverse s'est produite et s'est accentuée de plus en plus à mesure que le nombre des homœopathes s'est augmenté. De telle sorte qu'aujourd'hui un certain nombre d'homœopathes ne prescrivent plus que des doses pondérables et ont accepté résolument le concours des médications palliatives et adjuvantes.

C'est en tenant compte de cette transformation de l'homœopathie que nous avons, il y a déjà quelques années, formulé les préceptes qui, dans notre école, constituent la thérapeutique.

L'homœopathie n'est qu'une portion de la thérapeutique, elle s'applique au traitement des maladies dites de *causes internes*. Cette médication repose sur trois principes ; l'étude expérimentale du médicament chez l'homme sain, la loi de similitude et la prescription des médicaments à doses non perturbatrices.

A côté de la médication homœopathique vient la médication palliative, applicable seulement aux maladies incurables, aux douleurs excessives et aux autres accidents violents qui se produisent dans le cours des autres maladies, même curables.

Viennent ensuite, sous le nom de médications adjuvantes, tous les moyens thérapeutiques tirés des eaux minérales, de l'hydrothérapie, de l'électricité et de l'hygiène.

Vous voyez que le travail incessant des médecins homœopathes a fait subir une véritable transformation à l'œuvre du maître, et qu'il est injuste de la part de nos adversaires de ne pas reconnaître le progrès accompli, et de s'en tenir contre nous, à de vieilles rengaines qui ne répondent plus à rien.

Pourquoi cette persistance d'attaques désormais sans fondement, et de haines qui n'ont plus aucun motif ? Pour trouver la raison de ces préjugés et de ces persécutions qui outragent la confraternité médicale, il nous faut descendre dans les parties basses de l'âme humaine, là où les amours-propres et les intérêts d'argent règnent en maître. C'est là que nous trouverons les explications de la répulsion de nos confrères médecins et des relations bienveillantes que nous conservons avec les chirurgiens et les autres spécialistes.

Il nous a semblé que la comparaison du traitement homœopathique et du traitement allopathique dans l'épi-

démie de grippe que nous venons de traverser, constituait un terrain excellent pour juger les deux thérapeutiques.

D'un côté la loi de similitude et la connaissance de l'action des médicaments constituent la règle des indications sur laquelle repose le traitement homœopathique de la grippe ; de l'autre, les théories sur la médication évacuante et révulsive, sur les propriétés antiseptiques de certains médicaments servent de bases au traitement allopathique de cette maladie.

Dans le traitement homœopathique la prescription de tous les médicaments est justifiée par la connaissance de leur action physiologique ; aussi, ce traitement est sensiblement le même pour tous les médecins homœopathes aussi bien en Europe qu'en Amérique.

Nous démontrerons que dans le traitement allopathique, au contraire, les indications reposent sur des théories erronées et sur l'ignorance de l'action physiologique des médicaments.

Du reste, la clinique a donné une sinistre sanction à ces erreurs thérapeutiques et, dans les cas graves, la mortalité des malades soignés par l'allopathie a atteint un chiffre formidable, tandis que chez nous, en dehors des complications de diabète, d'albuminurie et d'alcoolisme, les décès constituent une exception.

Dans cet hôpital nous avons eu l'occasion d'observer toutes les formes de la grippe, sauf la forme diarrhéique et la forme franchement intermittente, mais, nous avons pu combler largement cette lacune dans notre clientèle, nous pouvons confirmer ce que nous écrivions déjà au commencement de l'épidémie ; la grippe a présenté cinq formes : 1° *une forme fébrile à type continu ;* 2° *une forme fébrile à type franchement intermittent ;* 3° *une forme rhu-*

matoïde ; 4° *une forme diarrhéïque ;* 5° enfin, *une forme catarrhale* qu'on pourrait appeler forme commune, parce qu'elle était la plus fréquente et parce que c'est elle qui dans toutes les épidémies a servi pour la description de la maladie.

La forme catarrhale de la grippe présente à étudier, cinq variétés :

1° Variété limitée à la trachée et aux grosses branches sans fièvre ; 2° bronchite fébrile ; 3° broncho-pneumonie ; 4° pneumonie ; 5° pleurésie. Cette dernière variété s'est présentée souvent avec une complication de bronchite ; 6° la variété avec otite suppurée souvent double. Cette lésion a été très fréquente pendant l'épidémie et toujours précédée d'un coryza plus ou moins violent.

L'existence des cas nombreux qui ont constitué les formes de grippes sans catarrhe pulmonaire (1) ont d'abord étonné les médecins et on s'est demandé s'il n'y avait pas là deux maladies évoluant dans une même épidémie. Le mot de *dengue* a même été prononcé pour désigner les grippes sans catarrhe, et comme les analogies entre la dengue et la grippe sont extrêmement éloignées, on a inventé l'expression de *dengue ébauchée*.

Cette confusion de la grippe et de la dengue, commise d'abord par les médecins russes est tout à fait regrettable, et nous allons en démontrer la fausseté.

La dengue est une fièvre éruptive parfaitement caractérisée qui sévit dans les pays chauds et n'a jamais pénétré en Europe qu'exceptionnellement à Cadix et à Constanti-

(1) Ces formes de grippe, sans affection catarrhale de la membrane muqueuse respiratoire, ont été observées dans d'autres épidémies. Le Dr Brochin décrit une forme abdominale de la grippe sans aucun symptôme de catarrhe pulmonaire ; et dans une autre qu'il appelle céphalique le catarrhe pulmonaire n'était souvent marqué que par des larmoiements et un peu de coryza (Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales).

nople. Elle règne dans l'Inde, dans l'Asie-Mineure, dans tout le continent africain, à Maurice, à la Réunion, aux Antilles et dans l'Amérique du Sud. Elle est caractérisée par une première période fébrile, avec douleur excessive siégeant dans les articulations. Au bout de cinq ou six jours survient la période éruptive ; l'éruption est polymorphe et s'accompagne comme dans presque toutes les fièvres éruptives de la cessation de la fièvre. Enfin, la maladie se termine par la période de desquamation.

Il faut avoir l'amour de la confusion porté à sa plus haute puissance, pour confondre la grippe avec cette maladie. La forme rhumatoïde de la grippe présente bien, il est vrai, des douleurs excessives, mais ces douleurs siègent dans les muscles et non dans les articulations. Enfin, dans la grippe, les éruptions sont rares et sans caractères spécifiques.

Du reste, toutes les formes de la grippe présentent des caractères communs qui permettent de les reconnaître comme étant de la même famille.

Un début brusque, un sentiment de fatigue excessive avec douleurs de courbature, l'insomnie, l'inappétence, l'état nauséeux, la céphalalgie, presque toujours un état douloureux des yeux qui larmoient et supportent difficilement la lumière ; enfin, ce fait capital, que dans une même famille, dans une même agglomération, toutes les formes que nous venons d'énumérer peuvent être observées.

Ce n'est pas le lieu de vous faire ici l'histoire pathologique de la grippe ; nous nous bornerons à rappeler et à justifier les indications des médicaments employés dans le traitement de cette maladie.

1° *Traitement de la forme fébrile continue.* — *L'aconit* a été notre médicament principal dans la forme fébrile

continue; nous l'avons encore administré dans les autres formes quand le mouvement fébrile était très marqué, mais seulement dans le début de la maladie.

Les indications de ce médicament sont : un mouvement fébrile violent avec température élevée (40°), pouls grand et fréquent, angoisse et agitation, courbature, face rouge, turgescente, yeux brillants et quelquefois larmoyants, céphalalgie considérable, soif, sueur ou tendance à la sueur, quelquefois épistaxis.

Tous ces symptômes si communs dans la grippe fébrile, se rencontrent dans l'histoire pharmaco-dynamique de l'aconit.

Nous avons prescrit ce médicament à doses fortes, vingt gouttes de teinture mère dans les vingt-quatre heures.

2° *Traitement de la forme rhumatoïde.* — *Bryonia, rhus toxicodendron, eupatorium perfoliatum* sont les trois médicaments qui nous ont servi à combattre les douleurs ostéocopes et de courbature dans la *forme rhumatoïde.*

Ces trois médicaments présentent des indications bien distinctes et qu'il est nécessaire de connaître pour les prescrire avec efficacité.

Eupatorium était le plus souvent employé, il correspond aux douleurs violentes qui ne permettent pas aux malades de rester en place et *cependant le changement de position ne soulage pas les malades.* Ces douleurs s'accompagnent d'un sentiment de faiblesse excessive habituel dans la grippe.

Rhus toxicodendron, a été aussi très souvent employé, il convient comme le précédent aux douleurs qui obligent de changer de position, mais avec cette différence que le changement de position calme la douleur.

Bryonia a été bien moins souvent indiqué, il convenait

dans les cas où la douleur ne permet aucun mouvement et immobilise le malade.

Ces médicaments ont été prescrits habituellement à la sixième et à la troisième dilution ; 2 gouttes dans 200 gr. d'eau, une cuillerée toutes les heures ou toutes les deux heures, suivant l'intensité des douleurs. Seule, la *bryone* a été quelquefois prescrite à la dose de quelques gouttes de teinture mère.

Antipyrine. Ce médicament a été prescrit quelquefois, à titre palliatif, dans les cas de douleurs excessives.

3° *Traitement de la forme fébrile à type rémittent.* — *Sulfate de quinine.* Le sulfate de quinine a joué un rôle très important dans le traitement des épidémies de grippe actuelle parce que, très souvent, le processus morbide a revêtu le type intermittent.

Dans la forme fébrile intermittente le sulfate de quinine a constitué l'unique médicament et il a toujours réussi, mais cependant nous avons été obligé dans plusieurs cas, d'insister pendant plusieurs jours sur l'administration du médicament et de donner des doses plus fortes que dans les fièvres paludéennes.

Toutes les fois que dans la broncho-pneumonie le mouvement fébrile a revêtu le type intermittent, le sulfate de quinine nous a rendu les plus signalés services ; il en a été de même dans la pleurésie et dans les otites à marche intermittente.

4° *Traitement de la forme catarrhale.* — La *forme catarrhale* de la grippe a présenté des indications diverses suivant que cette affection était limitée à la trachée et aux grosses bronches, ou bien, qu'à un degré plus élevé elle atteignait les petites bronches et le tissu pulmonaire lui-

même, ou bien encore qu'elle se localisait sur une des plèvres, localisation qui a été fréquente dans cette épidémie et qui atteignait souvent les deux plèvres (1).

Nous avons donc à présenter le traitement de la bronchite, de la broncho-pneumonie et de la pleurésie grippale; ce traitement est, dans le fond, très analogue à celui de la bronchite, de la broncho-pneumonie, de la pneumonie et de la pleurésie ordinaire.

En dehors de l'aconit, de l'ipéca, de la bryone, de l'hyosciamus et du drosera dont les indications dans le rhume sont aujourd'hui classiques, nous avons à signaler un médicament plus spécial, *rumex crispus* qui a été employé déjà depuis longtemps contre la toux quinteuse de la grippe.

Les indications de ce médicament sont une toux incessante, fatigante, causée par un chatouillement du larynx, aggravée par l'action du parler, par la pression du larynx, par l'inspiration de l'air froid, et sévissant principalement le soir après s'être couché.

Sensation d'endolorissement et d'écorchure dans le larynx et derrière le sternum.

Le sentiment de courbature, de lassitude et de langueur propre à la grippe, sont très marqués dans l'histoire de ce médicament et spécialisent son indication.

L'ipéca et la *bryone* alternés dans la bronchite et dans la broncho-pneumonie; l'alternance de *bryone* et de *phosphore* ou de *bryone* et d'*arsenic*, quelquefois l'administration de *tartarus*, nous ont toujours suffi pour le traitement et la guérison de la broncho-pneumonie et de la pneumonie grippale.

(1) La fréquence de la pleurésie a été signalée dans l'article de Gintrac. (*Dict. de méd. et de chir.*)

L'*aconit*, la *bryone* et la *cantharide* ont été nos médicaments principaux dans la pleurésie grippale dont la durée a été relativement très courte.

A l'exception d'une femme cardiaque et albuminurique, de deux vieillards, l'un hémiplégique, l'autre alcoolique, chez lesquels le traitement a été appliqué très tardivement et à l'avant-veille de la mort, tous nos cas de broncho-pneumonie et de pneumonie, se sont terminés par la guérison.

Un cas de pleurésie diaphragmatique a déterminé la mort subite.

Traitement allopathique de la grippe.

C'est l'antisepsie qui a été l'indication générale pour le choix des médicaments dans l'école allopathique. Pour être complet, il faut ajouter que la grande majorité des médecins de cette école ont encore obéi aux indications de la médecine évacuante et révulsive, c'est dire assez que les vomitifs, les purgatifs et les vésicatoires ont joué un rôle prépondérant dans le traitement de la grippe.

Le sulfate de quinine a été l'agent principal de la médication antiseptique de la grippe. Examinons quelle est la valeur de cette indication.

Nous avons dit souvent que l'antisepsie constituait une merveilleuse médication prophylactique et qu'en chirurgie principalement, elle avait fait la preuve de sa grande efficacité.

Nous avons nié, d'autre part, son action comme médication curative. La grande mortalité observée dans la pratique allopathique pour les cas si nombreux de

broncho-pneumonie qui ont caractérisé l'épidémie actuelle viendrait encore, si cela était nécessaire, confirmer notre opinion.

Examinons cependant sur quelles indications on s'est appuyé pour prescrire le sulfate de quinine comme antiseptique.

Relevons d'abord un vice de langage qui se généralise de plus en plus, on a qualifié d'*infectieuse* la broncho-pneumonie de la grippe.

Qu'a-t-on voulu dire par cette expression d'infectieuse?

Que la pneumonie de la grippe n'était point une maladie locale et qu'elle atteignait l'organisme tout entier. Mais il n'y a jamais eu que l'*organicisme* pour confondre la maladie avec la lésion et appeler la pneumonie une maladie locale. Nous avons toujours enseigné que la pneumonie était une maladie localisée, une maladie *totius substantiæ*.

A-t-on voulu par cette expression d'*infectieuse* dire que la pneumonie grippale était une maladie grave?

Mais il suffit de jeter un coup d'œil sur les relations d'épidémies de grippe pour se convaincre que la pneumonie grippale est une affection souvent mortelle.

On a voulu dire, je le sais, que la pneumonie grippale était une maladie *infectieuse* parce qu'elle était produite par un microbe, mais, est-ce qu'on ne rencontre pas le pneumococcus dans toutes les pneumonies, même les plus bénignes.

L'expression *infectieuse* n'a donc, dans ce cas, aucun sens scientifique. Pour les médecins, elle veut dire que la pneumonie grippale doit être traitée par les antiseptiques. Pour les gens du monde, elle représente une maladie presque fatalement mortelle ; elle a l'avantage de dégager la responsabilité du médecin.

En résumé, la pneumonie grippale est pour l'école microbienne une maladie *infectieuse*, au même titre que toutes les maladies à microbe ; en dehors de la secte cette expression n'a aucune valeur scientifique.

Le Dr Huchard, dans le numéro de son journal (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*), expose la théorie microbienne de la pneumonie grippale. Nous résumerons son article qui est certainement l'expression autorisée de la doctrine microbienne.

Dans toute pneumonie grippale ou non, il y a deux éléments infectieux : l'*élément infectieux primitif*, l'*élément infectieux secondaire*.

L'*élément infectieux primitif* est le pneumocoque. Contre cette infection primitive nous pouvons peu de chose, dit M. Huchard, mais comme il existe souvent une grande élévation de la température fébrile nous devons prescrire le sulfate de quinine.

L'*élément infectieux secondaire* est la résorption des matières septiques et la rétention dans l'organisme des produits excrémentitiels. Pour combattre cette infection secondaire il faut favoriser et exciter le fonctionnement des divers émonctoires : diurétiques, antisepsie intestinale, caféine, potion de Todd.

Ainsi, M. Huchard, reconnaît que l'antisepsie est impuissante contre le pneumocoque puisqu'il prescrit le sulfate de quinine contre l'élévation de la température et non comme antiseptique. Pourquoi alors ne pas prescrire au même titre l'acide salicylique ou même les bains froids? Mais, l'immense majorité des médecins a prescrit pendant cette épidémie de grippe le sulfate de quinine comme antiseptique sans se préoccuper si le mouvement fébrile était ou non intermittent.

Cette opinion sur la valeur antiseptique du sulfate de quinine dans le traitement des maladies est une erreur doctrinale. Dans le traitement de la grippe elle a eu les conséquences les plus regrettables. Car, c'est à cette administration intempestive du sulfate de quinine jointe à l'abus des purgatifs qu'il faut attribuer la grande mortalité de la grippe traitée par l'allopathie.

Le sulfate de quinine est un antiseptique puisqu'il tue les microorganismes, mais les très nombreuses expérimentations dont on trouvera le résumé dans Nothnagel et Rossbach, ont démontré que le sulfate de quinine, même aux doses dangereuses de 6 à 7 grammes, produisait un abaissement de température sans modifier le processus et la terminaison fatale, excepté dans le cas où le mouvement fébrile revêtait un type franchement rémittent ou intermittent. L'action du sulfate de quinine, d'après ces expériences, a été nulle dans la septicémie produite artificiellement chez les animaux; elle a été nulle encore; dans la septicémie de l'homme, dans la fièvre typhoïde, dans la variole et particulièrement dans la pneumonie.

J'ai dit que l'administration du sulfate de quinine dans le traitement de la pneumonie, quand le mouvement fébrile revêtait le type continu habituel à cette maladie, était une pratique dangereuse. Cette opinion est assise sur mon expérience des abus du sulfate de quinine dans les pays de fièvres intermittentes où les médecins sont toujours enclins à prescrire le sulfate de quinine dans les cas graves. Toutes les fois que ce médicament est prescrit à hautes doses, quand il n'est pas indiqué, il a une influence funeste sur la terminaison de la pneumonie. Toutes les fois, au contraire, qu'il est prescrit quand le mouvement

fébrile est franchement rémittent ou intermittent, il agit merveilleusement pour la guérison des malades.

Comment expliquer cette différence d'action du sulfate de quinine, qui, dans un cas, en fait un agent merveilleux de guérison, et dans un autre, un instrument de mort ? C'est, disent les microbiens, que le sulfate de quinine tue les microorganismes de la fièvre paludéenne et est impuissant contre ceux de la septicémie et de la pneumonie.

Cette explication contient à la fois une erreur et une hypothèse ; le sulfate de quinine, en effet, tue le pneumocoque et il n'est point démontré que le mouvement fébrile intermittent qui survient en dehors des fièvres paludéennes, soit produit par le microbe qu'on rencontre dans ces fièvres.

En attendant que la lumière se fasse, si elle se fait jamais, sur ces faits contradictoires, nous continuerons d'enseigner que le sulfate de quinine guérit les maladies dont le type est rémittent ou intermittent, parce qu'il les produit sur l'homme sain.

Que dirons-nous maintenant des indications des vomitifs et des purgatifs dans le traitement de la grippe ? Ces indications ont été tirées de l'état saburral de la langue, de l'inappétence et de l'état nauséeux. Cette dernière indication est tout à fait homœopathique, et c'est l'application de l'aphorisme d'Hippocrate : le vomissement se guérit par le vomissement.

Mais, dans le cas présent, c'est là de l'homœopathie grossière et qui ne conclue à rien, pas même à enlever l'inappétence parce que cette médication, au lieu de s'adresser à la maladie tout entière, attaque un symptôme sans importance.

Ajoutons que, dans les cas de broncho-pneumonie, les vomitifs et les purgatifs contribuent à déprimer les forces du malade et à amener une terminaison funeste.

Quant à l'indication tirée de l'état saburral des premières voies, comme on dit dans l'école Galéniste, elle repose sur une grossière erreur; celle qui attribue l'état de la langue à une affection de l'estomac et à la prédominance d'une humeur peccante qu'on ne sait plus comment définir depuis que la physiologie a fait perdre à la bile son rôle étiologique dans les maladies, pour en faire une sécrétion nécessaire à la digestion.

Les divers enduits de la langue tiennent à une desquamation, résultat de la stomatite symptomatique des maladies.

Toutes les maladies fébriles s'accompagnent d'une stomatite dont les caractères varient avec chacune d'elles et se modifient suivant leur période. D'où les signes diagnostiques et pronostiques si précieux tirés de l'état de la langue.

Telles sont les connaissances positives dues au progrès de la physiologie et de la pathologie, sur ces fameux états saburraux qui ont servi si longtemps de bases à la thérapeutique de nos aïeux, et qui, malgré les satires de Molière, ont laissé une empreinte encore trop profonde dans l'esprit d'un grand nombre de médecins contemporains.

Tirer aujourd'hui de l'état de la langue une indication pour la médecine évacuante, c'est faire un anachronisme qui n'a plus aucune base scientifique et qui n'a qu'un avantage, c'est celui de satisfaire aux préjugés des grandes dames et des portières.

Quant aux *vésicatoires*, c'est encore un moyen qui a gardé toutes ses illusions pour le public et qui a joué un

grand rôle dans la thérapeutique de l'épidémie actuelle, et peu de morts ont été mis dans leur cercueil sans emporter un ou plusieurs vésicatoires.

Il n'est pas besoin d'insister pour démontrer que la pratique du vésicatoire ne repose sur aucune indication positive, ou, ce qui revient au même, c'est que les opinions les plus diverses et les plus opposées règnent parmi les médecins sur l'opportunité des vésicatoires. La majorité leur a été certainement favorable dans l'épidémie actuelle, mais, cependant, l'accord n'est pas parfait entre tous les allopathes ; et voici M. Huchard qui proteste contre l'emploi banal du vésicatoire et qui, appuyé sur l'autorité de Grave, en signale les dangers dans la période aiguë de la maladie.

Ces divergences dans l'opinion des médecins sur l'efficacité du vésicatoire, me rappellent une mémorable discussion académique dans laquelle certains médecins prétendaient que le vésicatoire devait être appliqué au début de la pleurésie, tandis que d'autres soutenaient qu'il n'était utile qu'à la fin de la maladie. Un homme d'esprit, dit le vrai mot de la situation : le vésicatoire plaît aux familles et les rassure.

D^r^ P. JOUSSET.

MÉMOIRE SUR LA SABINE.

PHYSIOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE.

Suite et fin.

Trois symptômes caractéristiques ressortent en première ligne des observations précédentes : Les vomissements, l'inflammation abdominale et les hémorrhagies.

Les vomissements ont existé neuf fois sur dix ; ils ont été dits incoërcibles, fréquents, violents. Ils ont d'autant plus de valeur qu'ils sont à peu près constants. Hahnemann qui n'a expérimenté la sabine qu'à des doses infra-toxiques, mentionne les vomissements de bile ou d'aliments, les renvois à vide et la pression sur l'estomac. Aucune application de la sabine n'a été faite jusqu'à ce jour dans les maladies stomacales.

L'inflammation abdominale est en rapport évident avec les vomissements. Caractérisée par la chaleur, le gonflement douloureux du ventre, les coliques, les douleurs violentes, elle est dans les cas graves la représentation fidèle de la péritonite. Les lésions concordent : Cokson cité par Christison a trouvé la péritonite généralisée ; d'autres, des lésions inflammatoires sur le tract intestinal, comme l'inflammation du duodénum et de l'intestin grêle, ainsi que la phlogose de l'utérus. Hahnemann a signalé le ballonnement et les douleurs contractives du ventre, les pincements pressifs comme par refroidissement et diarrhée, l'inflammation des intestins et les douleurs de meurtrissure dans les muscles abdominaux, tous symptômes qui affèrent à la péritonite.

Avec ses vomissements et son inflammation abdominale, la sabine serait une image parfaite et exclusive de la péritonite, si elle ne provoquait pas en même temps des hémorrhagies multiples. Outre l'hémorrhagie utérine, conséquence naturelle de l'avortement, l'empoisonnement sabinien a présenté la diarrhée sanguinolente. Dioscoride qui, le premier, a fait l'histoire de la sabine, mentionne l'hématurie : « *Folia cum vino pota* sanguinem per lotium educunt, *partus que detrahunt.* » Le prince de la matière médicale a été répété par Pline et Galien ; le dernier

ajoute que la sabine provoque les règles et que les fœtus sont expulsés morts. L'observation citée (n° 1) est la seule où l'hématurie ait été signalée ; cette même observation est l'image d'une véritable diathèse hémorrhagique avec les écoulements de sang qui ont eu lieu par les gencives, le nez, les yeux, les oreilles, le rectum, la vessie et le vagin. Il serait important de confirmer cette observation unique par des expériences directes sur les animaux. Quoi qu'il en soit, la sabine se range forcément à côté des médicaments hémorrhagiques comme l'arsenic, l'ipéca et autres ; elle parait mériter le premier rang par son énergie et présente en résumé une caractéristique remarquable par l'association de la péritonite avec la diathèse hémorrhagique.

Van Hasselt a donné la description suivante des accidents toxiques : — les premiers symptômes se déclarent deux ou trois heures après la prise du poison : ce sont les symptômes appartenant aux empoisonnements par les poisons âcres, se terminant dans les cas graves par la péritonite. Les matières vomies ont l'odeur de sabine : on y reconnait la couleur verte de la poudre, quelquefois des gouttelettes d'huile essentielle. La bouche et le gosier, lorsque la substance a été prise en poudre, sont colorés en vert. Après de très violents vomissements, on a vu parfois survenir l'hémoptysie, la métrorrhagie, chez les femmes enceintes l'avortement, une fois la rupture de la vésicule biliaire. La strangurie et l'hématurie ne sont pas des symptômes habituels ; l'urine a l'odeur de la sabine. D'autres symptômes cérébrospinaux se produisent plus ou moins rapidement, comme la lenteur du pouls, la dyspnée, l'air expiré sentant la sabine, puis l'insensibilité, les convulsions, le coma, quelquefois la dilatation de la

pupille. La mort peut arriver au bout de douze à quatorze heures ; ordinairement, plus tard.

A cette description qui est la meilleure que l'on trouve chez les toxicologues, il faut ajouter les pathogénésies de Hahnemann, de Stapf et de Roth. Tel est le stock de la sabine au point de vue physiologique, avec les observations d'empoisonnement qui ont été publiées.

L'hématurie sabinienne, mentionnée par Dioscoride est un symptôme positif : sur ce point, l'antiquité doit être crue sur parole. La tradition vient à l'appui. « Non solum menses, disait Gorroeus au sujet de la sabine, verum etiam sanguinem per urinas movet (*Definitiones medicæ.*) » Carrère disait encore au milieu du siècle dernier : Remède d'une force excessive, procurant l'avortement, la sabine cause des pissements de sang et autres symptômes fâcheux. Van Hasselt est le seul toxicologiste qui ait mentionné l'hématurie ; il en fait un accident peu fréquent, peut-être à tort ; toutefois elle n'apparaît qu'une fois sur quinze empoisonnements (*obs.* I.) Hillefeld l'a démontrée expérimentalement : il donna à un chat un drachme d'huile de sabine, d'où salivation, anxiété, évacuation fréquente d'urine, pesanteur des membres, et au bout de cinq quarts d'heure, urines sanglantes. A l'autopsie, vessie contractée avec caillots sanguins.

Hahnemann n'a mentionné que la dysurie, symptôme qui figure trois fois dans les empoisonnements connus. En résumé, la sabine agit énergiquement sur le système uropoétique, témoin la dysurie, l'hémorrhagie et les lésions ; dans l'observation de Lord, les reins étaient enflammés ; Van Hasselt affirme que chez les animaux empoisonnés, les reins sont fortement hyperémiés.

Galien met la sabine en tête d'une liste d'emména-

gogues en ajoutant que ces substances agissent sur les urines. Boerhaave, dans son histoire des plantes, en fait un diurétique insigne. La pathogénésie hahnemanienne concorde.

Nul n'a songé encore à employer la sabine dans l'hématurie : il appartient aux homœopathes de vérifier sur ce point les promesses de la physiologie. Bönninghausen a fait silence sur cette application. Richard Hughes parle seulement des services de la térébenthine en pareille occasion. Or, la térébenthine est aussi hématurigène ; deux médecins allopathes l'ont administrée avec succès dans le cas d'hématurie (1).

Les anciens ont employé la sabine dans diverses maladies. D'après Dioscoride, les feuilles appliquées sur les ulcères rongeants les modifient et calment aussi les parties enflammées. Mélangées au miel, elles font disparaître les nigrities de la peau et crever les anthrax. Dans les Euporistes, la sabine figure parmi les remèdes de l'angine chronique, *diuturnis faucium asperitatibus*, et comme antihydropique : *hydropicos per urinas exinanit*. Ses feuilles appliquées avec de l'eau sur les testicules enflammés, les guérissent.

Galien l'a recommandée dans la jaunisse, à la dose d'une once d'herbe à boire dans du vin miellé ; il avait constaté la violence du remède : *ego sane et hoc utor vehementer faciente* (*Euporista*, II, 20) ; plus bas, il dit encore : *sabina cyathus ex mulso potus hoc morbo liberat.*

L'emploi de la sabine dans la jaunisse est-il fondé physiologiquement ? Jusqu'à présent la pathogénésie n'ac-

(1) Inman (*Brit. med. Journal*, 1857). — Jansen (Schmidt's Jahrb, 1858.)

cuse aucun symptôme ictérique. Bönninghausen compte le médicament parmi les remèdes de l'hépatose. Weit a noté la duodénite comme lésion anatomique : présomption favorable à l'application légitime de la sabine dans la jaunisse. Ajoutons comme analogie que les anciens employaient dans les maladies du foie les bains de genièvre et la térébenthine ; de notre temps cette dernière a été appliquée avec succès dans les calculs biliaires et la fièvre jaune. Seller, médecin anglais (*Édinb. journal*, 1854) l'a préconisée dans l'ictère. La duodénite a été aussi constatée dans un cas d'empoisonnement par cette substance.

On trouve aussi dans Galien la sabine associée à divers remèdes contre l'hydropisie, la sciatique, les affections arthritiques et la podagre. C'était l'antidote des morsures des scorpions : il soulageait promptement les douleurs causées par elles.

Les anciens ont aussi employé la sabine comme remède de *magnanimité*. On lit dans les *Euporistes* de Dioscoride une formule *ad robur genitalium et renum*, composée de quatre drachmes de gingembre, d'un drachme de sabine et de poivre blanc. La formule est précédée de ce singulier avertissement : *sed neminem curato, nisi prius mercede accepta : expertum est enim in quam plurimis.*

L'expérience avait donc consacré la composition pharmaceutique. Le poivre et le gingembre ont toujours figuré parmi les aphrodisiaques : il faut y ajouter la sabine. Hahnemann a confirmé l'application antique dans sa pathogénésie : exaltation de l'appétit vénérien avec érections violentes et prolongées ; forte exaltation de l'appétit vénérien chez la femme, ce qui a été affirmé par d'autres observateurs, comme on peut le voir dans la

pathogénésie sabinienne de Stapf (*Archiv. f. Hom. Heilkunst*, 5 b).

Il existe un poème grec sur les herbes dont l'âge est aussi incertain que l'auteur : *Anonymus de herbis*, se rapprochant beaucoup des Alexipharmaques de Nicandre pour la forme, peut être de son époque ; peut-être aussi a-t-il été écrit dans les quatre premiers siècles de l'ère chrétienne. La dernière édition a paru dans le *Macer Floridus* de Choulant, sous la collaboration de Julius Sillig (1). Ce petit poème n'a que 215 vers ; il traite de quinze plantes, parmi lesquelles la sabine sous son nom grec *Brathy* ; neuf vers lui sont consacrés : je traduis en latin les sept premiers avec le titre.

BRATHY CYPARISSUS CHAMŒCYPARISSUS

Considera herbam patris Saturni sapientis
Quam chamœcyparissum in fructifero campo
Homines vocant, cum magnum et potens
Est remedium bronchi, aurium et amygdalarum.
Hoc deus dedit mortalibus salutare esse
Et datur ut hydrops et ischias sanentur.
Hanc herbam celebris invenit Osiris...

L'indication de la sabine comme remède des bronches, des oreilles et des amygdales, est remarquable et fait pressentir une électivité manifeste sur ces trois départements qui se suivent ; elle est signalée pour la première fois. Le poème grec confirme la valeur de la sabine dans l'hydro-

(1) L. Choulant. *Macer Foridus, de viribus herbarum*... accedit anonymi carmen grœcum de Herbis. Lipsiœ, 1832. Ce poème est accompagné de commentaires ; voici celui de la sabine : *Cyparissus herba utilis est ad bronchos, aures et amygdalas ; et hydropas, ischiadesque sannat.*

pisie (Dioscoride) et la formule nettement dans la sciatique comme remède isolé, tandis qu'on retrouve dans les recettes galéniques d'Archigène et d'Andromaque le même remède noyé au milieu d'une foule d'autres substances *in ischiaticis, arthriticis et podagricis*. La plante dédiée à Saturne nous rappelle son antique usage comme encens dans les sacrifices, et nous apprenons qu'Osiris, l'Apollon égyptien, en fut l'inventeur.

Avant de quitter l'antiquité, je ferai observer que les anciens employaient les substances analogues à la sabine dans les mêmes maladies que cette dernière : c'est-à-dire l'huile de cèdre, la térenbenthine, les baies de genièvre et autres produits des conifères; l'emploi de la térébenthine dans la sciatique date des premiers temps de la médecine. Le poète grec anonyme célèbre la sabine dans les maladies des oreilles: or, les anciens faisaient en ce cas un usage fréquent de l'huile de cèdre.

L'action de la sabine sur les bronches, les oreilles et les amygdales est confirmée en quelque sorte par la pathogénésie moderne du médicament. Pour les bronches, on a constaté le fourmillement dans le larynx, la toux avec expectoration, le toussement, l'excrétion du mucus bronchique, etc.; pour la gorge, des douleurs constrictives, sensation de gonflement, difficulté de la déglutition; pour les oreilles, sensation de déchirement, épreintes, dureté de l'audition.

Avec Macer Floridus, nous sommes en plein moyen âge, il répète dans son traité *De viribus herbarum* ce que les anciens ont dit sur la sabine, puis il écrit ce vers remarquable :

Omnibus et morbis prodest de frigore factis.

Est-ce que la sabine pourrait rivaliser sur ce chef avec l'aconit ? c'est à vérifier. Nous verrons plus tard qu'elle doit être un des médicaments insignes dans la péritonite. Le moine médecin ajoute que les lotions de sabine faites sur la tête, et les feuilles appliquées sur les tempes, ainsi que le front, guérissent ceux qui sont sujets au vertige.

Parmi les nombreux manuscrits du poème monacal consultés par l'éditeur Choulant, il en est un cité dans les annotations au chapitre Sabine, qui interpole le vers suivant, lequel ne figure pas dans les autres manuscrits :

Abortire facit, abortunque repellit

L'interpolateur constate le pouvoir abortif de la sabine, fait physiologique, et la puissance qu'elle a de combattre les avortements, application thérapeutique. C'est là un aperçu homœopathique, comme il s'en trouve si souvent dans les auteurs de toutes les époques avant Hahnemann : preuve du développement du *similia similibus* à travers les siècles depuis Hippocrate.

On a vu les anciens introduire la sabine dans leurs formules anti-podagriques : or. les modernes ont confirmé physiologiquement cette application. On lit dans la pathogénésie de la sabine par Roth : — Beaucoup d'élancements comme des coups d'aiguille dans le gros orteil (Hahnemann). Douleur goutteuse dans le gros orteil droit qui est rouge, luisant, tuméfié, avec violentes douleurs lancinantes et térébrantes : elle ne pouvait remuer ni le pied ni l'orteil, ne souffrait pas même le contact de la couverture (pendant plusieurs jours) ; de là la goutte saute dans l'articulation carpienne droite, la main est raide, douloureuse, inapte à saisir quelque objet ; puis elle se

transporte dans l'autre main; élancement douloureux dans l'épaisseur du gros orteil gauche (*Arch. hom.* V.). Roth constate les picotements fugitifs et chatouillants dans le gras du gros orteil gauche et qui ébranlent le corps comme de légers coups électriques (Stapf's *Beiträge*).

La physiologie parle donc en faveur de l'application de la sabine dans la goutte et justifie les anciens.

La sabine, a dit Jousset avec raison, est le médicament qui convient le mieux à l'arthrite goutteuse. Du reste l'application antique a été répétée par les modernes, en dehors de l'école homœopathique : Rave (1738), Eberle (1826). — Hufeland considérait la sabine comme un spécifique de la goutte ; il en administrait l'huile sur du sucre à la dose de 1 à 6 gouttes matin et soir.

La sabine a été aussi employée utilement dans les polypes du nez. Une femme avait dû se faire enlever deux fois en quinze jours un polype assez considérable du nez. L'état de grossesse de la malade faisant redouter à son médecin, le D[r] Moller, de revenir encore à l'opération, il en parla accidentellement à un confrère qui lui conseilla l'emploi local d'une décoction de sabine, moyen *qu'il avait vu réussir à un paysan médicastre.* Après l'accouchement, l'auteur fit préparer une décoction d'un drachme de sabine pour trois à quatre verres d'eau, et baigner plusieurs fois par jour le polype qui guérit complètement. Qui ne pense involontairement ici, ajoute le rédacteur du *Zeitschrift f. nat. und Heilk. in Ungarn* (1859, n° 3), à l'analogie de la sabine et du thuya et à celle du polype avec les condylomes ? — Comme appoint physiologique, il est à noter que la sabine détermine l'enchifrènement du nez et les éternuements fréquents. Les anciens ont employé la poudre de feuille de cyprès dans les polypes des na-

rines, *nariumque polypis medentur* (Diosc.). Or le cyprès est une conifère voisine de la sabine et à propriétés analogues.

J'ignore où Plenck a pris que l'infusion aqueuse de sabine arrête l'odontalgie (*Pharmacologie chir.* 1808); les anciens se sont tus sur cette application, quoiqu'ils aient employé en pareil cas des substances analogues, comme la *cedria*, le sylphium, galbanums, opoponax, la térébenthine, le mastic et la myrrhe. La pathogénésie de la sabine est venue à l'appui avec ses nombreux symptômes dentaires que l'on peut consulter. Aussi Ruckert conseille-t-il le médicament dans l'odontalgie. Cette propriété est restée, je crois, inexploitée au milieu des nombreux médicaments *odontiques* mis en relief par l'école hahnemannienne.

Dans un lexicon pharmaceutique publié en 1790, Hahnemann note que les feuilles et l'huile de sabine peuvent déterminer des hémorrhagies surtout utérines et qu'elles ont été employées avec succès contre ces mêmes hémorrhagies. Plus tard il disait dans son Organon : — Rave et Wedekind ont arrêté des hémorrhagies inquiétantes avec le secours de la sabine qui, chacun le sait, détermine des hémorrhagies utérines et par suite l'avortement chez les femmes bien portantes. Pourrait-on méconnaître ici la loi homœopathique, celle qui prescrit de guérir *similia similibus* ?

Tandis qu'en Allemagne Gunther, Sauter, Kopp, Rard, Frist, en France Beau, ont constaté la valeur anti-hémorrhagique de la sabine, tous les homœopathes ont pu vérifier par de nombreuses observations les dires du Maître, et aujourd'hui ce médicament est considéré dans l'école homœopathique comme « l'un des meilleurs remèdes dans la ménorrhagie au sang rouge, dans la métrorrhagie, dans

les avortements imminents, ainsi que dans la métrite (Richard Hughes) ». Les homœopathes allemands, Grissel, Lobethal, Weber, Attomyr, Schrön, Sturm, etc., ont depuis longtemps préconisé la sabine comme anti-abortif. Chargé dit que chez un grand nombre de femmes qui avaient échoué plusieurs fois dans des grossesses antécédentes, il a toujours réussi à les mener à terme avec sepia alterné avec sabine, d'autres ont alterné avec lycopode. Cette application de la sabine a été confirmée, en dehors de l'école hahnemannienne, par le médecin allemand Metsch qui a fait un article sur la disposition à l'avortement et sa guérison dans *Zeitschrift f. Geburts.*, 1849. Dans les cas d'atonie du système utérin, il préconise avant tout la sabine ; mais, comme le médicament détermine facilement des contractions utérines pendant la grossesse, il ne l'administre qu'à l'état de vacuité dans l'intervalle des règles ; il suffit d'un seul intervalle des règles pour la guérison. Chez une femme enceinte de deux mois, le remède réussit également, mais il avait été administré à la dose d'un drachme dans six onces de décoction, au lieu de deux et quatre drachmes, dose habituelle, une cuillerée à bouche matin et soir. Le médecin allemand s'est convaincu de la valeur anti-abortive de la sabine par une expérience de quatre années ; il est, je crois, le premier à avoir démontré la valeur du même remède administré, hors l'état de grossesse, pour prévenir l'avortement chez les femmes qui y sont sujettes.

Comme complément de l'action utérine de la sabine, rappelons en passant son application bien connue dans l'aménorrhée.

Metsch, cité plus haut, recommande la même substance dans la chute de l'utérus et du vagin.— Kopp a donné le

nom d'*Hysteranesis* à une affection de la matrice caractérisée par le gonflement de tout le corps utérin avec règles irrégulières, pertes, etc. Pour lui, la sabine en est le remède par excellence (*Denkwurdigkeiten*, Bd. 1. 335). On lit dans Rademacher (1) une observation d'hypertrophie de la matrice où la sabine paraît avoir agi heureusement : l'utérus était gros comme la tête d'un enfant.

Un autre médecin allemand, Horne, a employé avec succès la sabine dans les incontinences d'urine, suites d'accouchement : l'un de ses compatriotes, le Dr Lange dit avoir guéri la blennorrhagie en neuf jours 16 fois sur 23, en administrant le médicament en poudre 3 ou 4 fois par jour.

Reste l'application de la sabine dans la péritonite. La physiologie du médicament y conduit nécessairement, attendu que l'inflammation abdominale est un des accidents dominants de l'empoisonnement sabinin. Le fait est reconnu par les expérimentateurs : témoin le professeur Röhrig de Fribourg dans ses recherches (2) expéri-

---

(1) *Rechtfertigung der Erfahrungsheillehre*, *Berlin*, 1851, Bd 1.401.

(2) *Experimentelle Untersnechungen über die Physiologie der Uterusbewegung* (Wirchow's Archiv, 1879). Röhrig affirme d'après ses expériences que la sabine agit primitivement sur la moelle lombaire, attendu qu'elle est sans action, si l'on coupe cette portion médullaire. Il met la sabine bien au-dessus du seigle ergoté pour provoquer les contractions utérines, puisqu'elle les détermine avec une grande rapidité, et que les contractions se succèdent à l'intervalle de quelques secondes seulement. Il y aussi irritation des reins, mais surtout contraction spasmodique des muscles de la vessie.

J'ajoute qu'on trouve dans les livres hippocratiques (édition

mentales sur les mouvements de l'utérus. Suivant lui, l'action abortive de la sabine est accompagnée d'une inflammation violente des intestins et de la vessie et d'une congestion générale des organes abdominaux.

A la raison d'électivité manifeste vient se joindre la raison d'analogie ; il existe les plus grands rapports de composition entre les huiles essentielles de sabine, de thuya et de térébenthine : ce sont des médicaments de même famille naturelle et à action physiologique similaire. Or, le thuya et surtout la térébenthine ont été employés avec succès dans la péritonite. D'après Jousset, on aurait obtenu quelques cas de guérison avec le premier. Quant à la térébenthine, les médecins anglais ont cité des cas de guérison fréquents, trente sur soixante, ce qu'on peut lire dans la *Bibliothèque thérapeutique* de Bayle. Douglas affirme que l'essence de térébenthine lui paraît, après sept ans de son emploi, le remède le plus certain de la péritonite, même dans des cas désespérés. Cette application thérapeutique n'a guère passé la Manche. Tout convie à essayer la sabine dans la péritonite : rien, à ma connaissance n'a été fait sous ce rapport.

Littré, t. VIII, *Maladies des femmes*) des formules de médicaments pour hâter les accouchements ; formules où figure l'*arceutos* (Juniperus phœnicea), espèce toute voisine de la sabine ; le médicament était administré à l'intérieur.

Les mêmes livres confirment d'une manière plus ou moins prochaine l'emploi de la sabine dans la péritonite, car ils conseillent le même *arceutos* dans les souffrances de l'utérus et les douleurs du siège après l'accouchement, ainsi que pour faciliter l'écoulement des lochies. Le même remède est employé dans la suppression du lait ; ce qui n'a jamais été vérifié depuis Hippocrate.

Toutefois, un médecin allemand, L. C. Hoffmann regarde l'huile éthérée de sabine comme le seul moyen qui puisse sauver une malade arrivée au dernier stade de la fièvre puerpérale (*Journal de Casper*, 1835).

A. Imbert-Gourbeyre.

MICROBES ET MALADIES

M. Peter et le parasitisme.

Dans un de nos précédents articles, nous avons essayé de montrer quel argument l'on pouvait tirer contre la doctrine du *parasitisme* du fait du *polymorphisme des bactériens* (*juillet* 1889). Mais remonter un courant est difficile, et il ne faut compter, pour cela, que sur le temps. Contre un engouement officiel et général, personne n'a d'autorité, et le Maître n'a pas beaucoup plus de chance d'être écouté que le praticien obscur. Celui-ci n'en est pas moins heureux d'invoquer celui-là. Si le premier ne risque rien en prêchant dans le désert et pour quelques lecteurs triés sur le volet, le second, dans sa chaire, y compromet et sa popularité et son crédit. Honneur donc à M. le *professeur* Peter ! Si notre génération n'est pas assez indépendante pour lui rendre justice, celle qui suivra saura sans doute être équitable, en rendant l'hommage qu'il mérite à un courage qui ne trouve guère d'imitateurs.

Les jours derniers, M. Peter faisait, à l'hôpital Necker, une leçon clinique sur la *fièvre de surmenage* et le *typhus*, à propos de cas de *typhus à rechutes* paraissant s'être développés spontanément. Discutant la doctrine parasitaire, le savant professeur n'a pas manqué de faire contribuer le

polymorphisme bactérien à la démonstration de sa thèse.

L'organisme pathogénétique de la fièvre à rechutes serait, d'après OBERMEYER et VIRCHOW, une spiro-bactérie, un *spirille !* En s'en rapportant à la conception pastorienne, ce spirille ne pourrait être engendré spontanément dans les milieux organiques, d'un élément anatomique, par *déviation fonctionnelle.* Voyons cependant ce qu'obtient M. CHARRIN de la culture du bâtonnet de la *maladie pyocyanique.*

C'est un organisme rectiligne dont la longueur égale deux fois le diamètre. Si on cultive ce bâtonnet dans un liquide stérilisé spécial, on obtient une autre figuration ; les bâtonnets se transforment en longs filaments ; autre culture, autre forme ; et enfin si on le cultive dans un milieu de culture contenant 7 grammes d'acide borique par litre, le spirille apparaît. C'est la reproduction des métamorphoses que nous avions étudiées à propos du spiro-bacille de la *daphnie.* Mais il y a plus ici. Non seulement la forme est changée, mais aussi les propriétés, c'est-à-dire ce qui, suivant M. Pasteur, constitue véritablement l'espèce. Le microbe pyocyanique, devenu spirille, ne fabrique plus ni pus, ni matière colorante bleue.

Devant ce fait d'expérimentation dont il s'empare, M. Peter se pose la question suivante : « Pourquoi ce que peut faire un simple bouillon inerte, décoction de choses mortes, l'organisme actif et vivant ne pourrait-il par le faire ? » Question bien posée, dont la réponse ne semble pas douteuse !

L'exemple du bacille du typhus à rechutes est, d'autre part, admirablement choisi. LEWIS a constaté son absence chez un grand nombre de malades (20 fois sur 25 malades). Il apparaît avec les premières manifestations fébriles et dis-

paraît bientôt après l'acmé ; les bacilles sont plus nombreux pendant la période d'invasion que dans les attaques ultérieures. Dans la deuxième rechute, ils sont déjà rares ; dans la troisième ou la quatrième, ils peuvent faire défaut. Le fait n'est pas unique. M. Straus n'a-t-il pas montré que, dans le choléra foudroyant, les bacilles font ordinairement défaut ? « *Ils ne sont pas encore nés* », dit M. Peter ; et, dans ces conditions, leur origine extrinsèque, leur essentialité même devient absolument problématique. Il ne faut pas oublier, en effet que, dans la doctrine microbienne, le microbe n'est pas seulement un agent de contamination, de transmission, mais que le processus morbide ne doit pas résulter d'autre chose que de l'évolution et de la multiplication de ces infiniment petits dans l'économie, soit par les dégâts qu'ils causent par leur présence, soit par leurs sécrétions toxiques. Voilà des objections qui s'ajoutent à celles que l'on peut tirer du polymorphisme.

Ce n'est donc pas sans raison ni sans raisons que M. Peter maintient la vieille doctrine de la *spontanéité morbide* pour *fabriquer* les maladies et même pour fabriquer leurs microbes dits pathogènes.

Cette spontanéité, au fond, personne ne la nie, et les parasitistes les plus intransigeants sont contraints, par l'évidence même des faits d'observations quotidiennes, de mettre au premier rang de l'étiologie morbide la *prédisposition définie*, laquelle accepte ou refuse le contage. C'est la gloire de J.-P. Tessier d'avoir imbu de cet enseignement la génération actuelle. L'excès même des doctrines de la contagion n'a pas peu contribué à le graver profondément, cet enseignement, parce qu'il lui servait naturellement de contre-poids : c'est ainsi que l'erreur contribue d'ordinaire à ramener à la vérité.

Où est donc la différence entre J.-P. Tessier, suivi par M. Peter, et les pastoriens? Elle est tout entière et ne consiste qu'en ceci, à savoir que, pour nous, la prédisposition peut suffire à engendrer la maladie de toutes pièces, sans qu'il soit toujours besoin du coup de fouet du contage ; tandis qu'aux yeux des parasitistes, la prédisposition est nécessaire, mais ne saurait se passer de l'intervention déterminante du contage. Si poser la question n'est pas toujours la résoudre, c'est du moins la simplifier.

D[r] PIEDVACHE.

REVUE CRITIQUE

LA GRIPPE ET LA FIÈVRE DENGUE

La confusion qu'un certain nombre de médecins ont faite entre la grippe et la fièvre dengue, à propos de l'épidémie que nous venons de traverser, nous a amené à étudier la fièvre dengue et à établir les différences entre cette maladie et la grippe, différences assez tranchées pour qu'il ne nous reste aucun doute sur cette question.

Un de nos anciens collègues, le D[r] de Brun, professeur à la Faculté de médecine de Beyrouth, a publié dernièrement deux articles (1) sur la fièvre dengue, qui nous permettent de tracer l'histoire de cette maladie, que nous devrons connaître un jour personnellement, si, comme le croit notre confrère, elle est à la veille d'envahir l'Italie et ensuite la France.

---

(1) La fièvre rouge en Syrie, relation d'une épidémie de fièvre dengue observée à Beyrouth, *Revue de médecine*, août 1889.

La fièvre dengue en 1889, *id.*, janvier 1890.

Le Dr de Brun décrit plusieurs formes cliniques de la dengue telle qu'il l'a observée en Syrie; je dis telle qu'il l'a observée en Syrie parce que le mouvement fébrile ne paraît pas être absolument semblable à celui qui se rencontre dans les épidémies intertropicales; il décrit successivement : 1° une *forme complète*, que nous pourrons appeler *forme commune* d'après notre terminologie habituelle; 2° une *forme gastrique* ; 3° une forme *rhumatismale* ; 4° une *forme céphalique* (?) ; et 5° une *forme éruptive*.

FORME COMMUNE DE LA DENGUE. — La maladie débute par un frisson plus ou moins intense, qui survient tantôt dans un état de santé complet, tantôt, mais très rarement, après une *période prodromique* de deux à trois jours, caractérisée par de la courbature avec quelques symptômes gastriques.

Le mouvement fébrile a une ascension brusque et monte d'emblée à son maximum entre 39° et 41°, « la peau est brûlante et sèche, le visage congestionné; il n'est pas rare d'observer un ou deux saignements du nez ». Le malade est dans un état de prostration marquée avec des douleurs vives dans les genoux, les lombes et de la céphalalgie.

La céphalalgie est ordinairement frontale, comme si la tête était serrée dans un étau ou avec des élancements douloureux ; quelques malades « se plaignent d'une sensation extrêmement pénible dans le fond de l'œil ou de l'orbite, » comme si le globe de l'œil était trop volumineux. La lumière, le bruit, le plus léger mouvement, augmentent ces douleurs.

Les douleurs lombaires sont caractérisées par une sensation de brisement, de fatigue qui s'augmente par la

marche et rend tout effort impossible; elles diminuent beaucoup par le repos au lit.

Les douleurs au niveau des genoux sont les plus fréquentes, les plus caractéristiques ; ces douleurs ne siègent pas au niveau de la jointure, ni des extrémités osseuses qui la composent : le malade « se plaint toujours vivement lorsqu'on comprime la partie supérieure des masses musculaires du mollet dans leur partie centrale. » Ce sont donc des myalgies comme les douleurs lombaires. Ces douleurs s'exaspèrent par la marche, se calment d'abord par le repos au lit, mais au bout de peu de temps les malades « sont tourmentés par un besoin impérieux de changer de position. Ils se tournent à droite, à gauche, allongent ou fléchissent les jambes, sans pouvoir trouver une position qui soulage la sensation pénible qu'ils éprouvent. Souvent il leur est impossible de dormir pendant la nuit, tourmentés qu'ils sont par le besoin incessant de déplacer leurs jambes. Si en même temps la douleur de tête est très violente, l'état de ces malheureux est vraiment pénible, puisque le mouvement qui soulage pendant quelques instants la souffrance des genoux provoque par contre au réveil des élancements douloureux céphaliques » (1).

---

(1) Mahé (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, article *Dengue*) n'est pas absolument du même avis sur le siège des douleurs. Pour lui ce sont les douleurs articulaires qui dominent ; ces douleurs peuvent atteindre toutes les articulations et ne sont pas limitées aux genoux ; les épaules, les petites articulations sont prises, soit qu'elles soient gonflées comme cela s'est vu dans certaines épidémies, soit qu'il n'existe aucun signe d'arthrite. Les douleurs musculaires ne viendraient pour cet auteur qu'au second plan, quoiqu'on les rencontre dans presque toutes les épidémies.

On a signalé, mais rarement, des douleurs dans les muscles de l'abdomen, augmentées par la marche et les efforts.

Les symptômes de début sont donc l'établissement brusque du mouvement fébrile, un état d'abattement et les symptômes douloureux ; à quoi il faut ajouter quelquefois une première éruption (analogue au rash de la variole), éruption assez fugace, qui siège surtout à la face (1), qui est « rouge empourprée, et présente un érythème diffus qui occupe la partie inférieure du front, les joues et le pourtour des yeux. Ceux-ci sont brillants et larmoyants ; la sécrétion nasale est en même temps un peu augmentée, et certains malades se plaignent d'une sensation de sécheresse ou même d'une véritable douleur à la gorge, augmentant pendant la déglutition. Ces symptômes tiennent à l'envahissement des muqueuses oculaires, nasale et gutturale par l'éruption. Les conjonctives palpébrales, en effet, sont d'un rouge intense et l'examen du pharynx nous montre que parfois les piliers présentent également une rougeur manifeste surtout accusée à leur partie inférieure, et qui, en s'atténuant peu à peu, va se perdre dans les environs de la luette. Chez d'autres malades, l'érythème est beaucoup moins coloré, parfois même très peu accusé, et ce qui domine, c'est un œdème, une sorte de bouffissure du visage ».

Pendant la période d'état, qui dure de deux à quatre jours, la température se maintient à une élévation assez considérable avec quelques oscillations entre le matin et le soir ; les symptômes douloureux persistent ; on observe

(1) Cette éruption peut gagner le reste du corps et même être limitée en quelques points (Mahé).

quelquefois un peu de délire doux et tranquille. « L'anorexie est complète ; l'eau elle-même ne trouve pas grâce devant le dégoût des sujets. La langue est saburrale, et parfois le matin, on la trouve sèche le malade présentant quelques fuliginosités sur les lèvres et les gencives.» L'haleine a une odeur fétide. On peut observer des vomissements bilieux, la constipation est la règle, cependant on trouve quelquefois de la diarrhée. « L'examen des urines dénote souvent la présence de l'albumine. »

Après deux à quatre jours, la fièvre tombe soit tout d'un coup en une nuit comme c'est la règle dans les fièvres dengues observées sous les tropiques, soit par des oscillations descendantes assez rapides. C'est à ce moment qu'apparaît l'éruption caractéristique de la dengue, éruption qui manque très rarement mais qui n'est pas en rapport avec l'intensité de la maladie ni du mouvement fébrile. « Elle est surtout accusée au niveau des faces dorsales et palmaires des mains, au niveau des poignets et des avant-bras. Toutefois les bras, le cou, le tronc sont très souvent atteints. Les membres inférieurs sont plus rarement envahis », mais on observe cependant des malades chez lesquels l'éruption est en quelque sorte généralisée à toute la surface du corps.

« Tantôt cette éruption est caractérisée par des petites taches rosées nettement distinctes les unes des autres, à bords irréguliers, séparées par des intervalles de peau saine, réalisant en un mot les caractères propres aux roséoles ; tantôt elle produit un petit pointillé rouge absolument analogue à celui de la rougeole ; tantôt elle affecte la forme de larges plaques rouges, en tous points semblables à l'éruption scarlatineuse. Dans beaucoup d'épidémies, et notamment en Egypte, on a signalé des manifes-

tions cutanées semblables à l'urticaire. » Le Dr de Brun n'en a pas observé à Beyrouth « mais par contre, dans un certain nombre de cas, lorsque la poussée est plus violente, il a pu constater, en y regardant de près, l'existence de très petites papules serrées les unes contre les autres, dures, acuminées, formant un grenu très fin, que l'on sent cependant au toucher et dont on peut voir toutes les particularités à la loupe. Sur toute la surface recouverte de papules, la coloration est d'un rouge vif.

« Quelle que soit l'intensité de la teinte, la pression du doigt la fait toujours disparaître. » Le Dr de Brun n'a jamais constaté d'éruption purpurique, ni vésicules, ni bulles, ni pustules (1).

« L'éruption de la dengue, pendant sa période d'activité, ne s'accompagne d'aucun phénomène subjectif qui vaille la peine d'être cité. Tout au plus certains malades éprouvent-ils une sensation désagréable de tension et de chaleur sur les points où la fluxion a provoqué un peu de tuméfaction du derme, et parfois la sensibilité est-elle douloureusement exaltée au niveau des régions où la peau est naturellement mince et délicate.

« Cette éruption a une durée très variable, de trente-six heures à une semaine ; sa durée ordinaire est de trois à quatre jours.

« Elle se termine le plus souvent par desquamation. Celle-ci est furfuracée dans les formes légères ; mais quand la poussée cutanée a été un peu violente, on observe alors de très petites squames lamelleuses ayant la forme circulaire, recouvrant et coiffant, en quelque sorte, les papules

(1) Des éruptions bulleuses ont été observées dans d'autres épidémies (Mahé).

qui les ont précédées. Très rapidement les bords de ces squames se détachent de l'épiderme sous-jacent, se soulèvent et prennent une coloration blanchâtre. Mais la partie centrale reste toujours adhérente au sommet de la papule, de sorte qu'à un moment donné la peau du malade est recouverte de pellicules ayant toutes la forme circulaire et présentant un point central, parfois très petit mais toujours distinct en raison de son adhérence et de la persistance à son niveau d'une coloration un peu rouge. Chacune des squames a un diamètre variable entre 2 et 5 millimètres, et lorsqu'elle est tombée une autre lui succède et ainsi de suite, pendant un temps qui varie de une à trois semaines. Cette desquamation peut permettre d'affirmer l'existence antérieure d'une éruption qui a passé inaperçue et nous fournit un bon moyen d'établir un diagnostic rétrospectif, quand on voit les malades pendant la convalescence.

« La desquamation de la dengue a un caractère qu'on ne retrouve, avec une pareille violence, dans aucune fièvre éruptive : je veux parler des démangeaisons. » Celles ci sont extrêmement violentes, au point que des malades, dont la maladie a été assez légère pour qu'ils puissent se passer de médecin, sont obligés de venir leur demander un remède pour leur prurit.

FORME GASTRIQUE. — La fièvre et l'éruption sont d'intensité moyenne. « La langue est large, recouverte d'un enduit épais; l'haleine a une odeur fétide; le dégoût des aliments est profond. La moindre ingestion alimentaire provoque des vomissements bilieux qui, parfois, se repètent plusieurs fois dans la journée. Quand il ne vomit pas, le malade a des nausées, et, indépendamment de sa

céphalalgie, il présente le plus souvent des vertiges. Dans quelques épidémies on a signalé des diarrhées bilieuses abondantes. »

Forme rhumatismale. — Dans ces cas ce sont les symptômes douleurs que nous avons décrits à la forme commune qui dominent la scène ; les symptômes fébriles et éruptifs sont peu marqués ; ils peuvent même être « atténués au point qu'un médecin peu attentif ou peu au courant des variétés cliniques de la maladie peut ne pas leur accorder la valeur qui leur est due ».

Forme céphalique. — Sous ce nom le Dr de Brun signale quelques cas où les douleurs de tête sont tellement vives qu'elles masquent les autres douleurs, ainsi que les autres symptômes de la maladie.

Forme éruptive. — Dans cette forme l'éruption est très marquée et les autres symptômes sont faibles, quoiqu'existant toujours.

La durée de cette maladie est très variable, de trois à dix jours et même plus. Elle se termine presque toujours par la guérison.

La convalescence est très longue et s'accompagne d'un état de faiblesse marqué. « Il n'est pas exceptionnel de voir des dengues légères ayant évolué en quatre ou cinq jours, laisser après elles, pendant deux ou trois semaines. une faiblesse musculaire, un anéantissement des forces, un abattement moral, une incapacité de travail tels qu'il n'y a peut-être pas une autre maladie qui laisse après elle

paréille débilité. » L'anorexie persiste ordinairement en même temps que cette faiblesse.

Les rechutes sont relativement assez fréquentes, elles se produisent pendant la convalescence et sont ordinairement légères.

Il en est de même des récidives, qui peuvent s'observer chez le même malade plusieurs fois même pendant la même épidémie.

Au point de vue de la propagation, la dengue est une maladie contagieuse, qui est transmissible de l'homme à l'homme ; nous allons rapporter plusieurs exemples de cette contagion, car nous aurons là un moyen pour les différencier de la grippe.

Tous les auteurs qui ont observé cette maladie ont rapporté des cas analogues aux suivants : « Développement de la dengue dans une maison par l'arrivée en celle-ci d'un individu malade ou qui a fréquenté des quartiers infectés (Poggio, Stedman, Thaly, etc.). A Saïgon, des maisons sont complètement épargnées; des Européens y tombent malades après avoir reçu des domestiques annamites, fréquemment appelés à courir la ville où une épidémie règne sur certains quartiers (d'Ormay). A Tay-Ninh (Cochinchine), un premier administrateur et un médecin font une excursion sur une montagne éloignée de 14 kilomètres de la résidence et où des pèlerins chinois et annamites ont importé la dengue; il est malade à son retour ; le second administrateur, qui logeait avec son collègue, fut pris trois jours après et transmit la maladie à un Européen, garçon de caisse, qui le soignait (Morice); — à bord du navire français Andromaque, sur rade de Port-Saïd, le premier cas de dengue est présenté par le médecin qui a visité des malades à terre; l'état-major et l'équipage sont ensuite atteints (Vouvray). »

Le D^r de Brun rapporte en faveur de la contagion le fait personnel suivant : « Le 7 septembre, je vais avec ma famille passer une journée chez notre consul général, dont la résidence d'été se trouvait à Bicfaya, village du Liban situé à 20 kilomètres de Beyrouth, où nous arrivons à sept heures du soir. Pendant la route, mon frère fut un peu indisposé et pendant la nuit les symptômes de la dengue se déclarèrent chez lui. Le 9, au point du jour, nous repartons, et le 10 au matin, une domestique de la maison du consul se leva avec un violent mal de tête accompagné d'une sensation de fatigue générale et de nausées. Elle est obligée de se coucher et rapidement tous les symptômes de la dengue se manifestent chez elle, y compris l'éruption qui fut extrêmement abondante. A partir de ce moment, la maladie se répandit à Bicfaya qui avait été indemne jusqu'à ce jour.

« C'est par ce procédé, c'est par l'arrivée dans la localité d'une personne atteinte de la dengue que la maladie s'est propagée à toute la Syrie. J'ai pu suivre de près la marche de l'épidémie dans le Liban, où j'ai vu tous les villages se prendre successivement avec d'autant plus de facilité qu'ils étaient en communication plus directe avec les régions contaminées ; partout la dengue a été manifestement importée. Dans les bourgades où tout le monde se connaît et où, par conséquent, l'observation est possible, on a toujours pu me désigner les personnes qui avaient apporté le germe de l'infection.

« Une autre preuve de sa contagiosité, c'est que sa propagation ne s'est pas effectuée en raison de la proximité des localités, mais bien plutôt en raison de la facilité des communications. C'est ainsi que Damas qui est située à 112 kilomètres de Beyrouth, mais qui est relié à cette ville par

une belle route incessamment parcourue par des diligences, de nombreux convois de chameaux, d'immenses trains de chariots, etc., Damas, dis-je, a été prise peu de temps après Beyrouth, et bien longtemps avant d'autres villages du Liban beaucoup plus rapprochés de Beyrouth cependant, mais avec lesquels les communications sont plus difficiles, plus lentes et moins fréquentes. »

Le Dr de Brun fait remarquer, par comparaison, qu'Alep situé à la même distance d'Alexandrette que Damas de Beyrouth, mais relié à cette ville par un chemin mal entretenu et ayant des communications très rares, est resté quatre mois avant d'être contaminé.

Cette description de la fièvre dengue, de sa contagiosité et de son mode de propagation nous permet d'établir en quoi elle diffère de l'épidémie que nous venons de traverser.

L'épidémie actuelle est la grippe et non la dengue pour trois raisons :

La première est son mode de propagation ; nous venons de voir que la dengue se transmet par contagion d'homme à homme et que l'épidémie s'étend plus ou moins lentement suivant la plus ou moins grande rapidité des moyens de communication ; l'épidémie actuelle, comme la grippe, est venue en France de l'est à l'ouest, de la Russie, elle est venue très rapidement et s'est propagée partout avec une rapidité extrême.

La deuxième est l'absence d'éruption dans la généralité des cas que nous avons observés ; éruption fugace et sans caractères bien précis dans les cas où il y en a eu. Dans la fièvre dengue, au contraire, on observe, pour ainsi dire toujours, l'éruption qui survient au moment où la fièvre

tombe, et dans un grand nombre de cas on peut même rencontrer en outre l'éruption initiale.

Enfin il faudrait que nous ayons eu affaire ici à deux maladies étant arrivées en même temps et d'espèce différente, puisque le plus grand nombre des malades présentaient du catarrhe, ce qui n'existe pas dans la fièvre dengue.

Il nous semble que ces trois raisons : propagation différente de l'épidémie; absence presque constante d'éruption; enfin, impossibilité matérielle de deux maladies contagieuses arrivant en même temps, se rencontrant en même temps; ces trois raisons sont suffisantes pour affirmer que nous n'avons eu affaire qu'à la grippe.

Il est vrai que la forme rhumatoïde de la grippe et la forme rhumatoïde de la dengue présentent certains points de ressemblance, que ces deux maladies s'attaquent à un grand nombre de personnes à la fois, qu'elles laissent après elles un état de faiblesse, de lassitude, d'anorexie assez analogue; mais les ressemblances ne détruisent pas les dissemblances de propagation et de symptômes que nous avons établies plus haut.

Un mot avant de finir. Le D[r] de Brun nous annonce que la fièvre dengue viendra bientôt nous visiter, il nous montre que cette maladie, originaire des pays chauds, s'est établie en Égypte en 1845, dans le villayet de Tripoli en 1855, sur les côtes de la Syrie de 1861 à 1889, qu'en 1889 elle s'était étendue à toute la Syrie, l'Asie-Mineure et à toute la partie de la Turquie d'Europe et de la Grèce qui est baignée par l'Archipel et la mer de Marmara. Le D[r] de Brun nous montre que la maladie menace l'Italie et de là la France. Nous aurons donc peut-être un

jour l'occasion d'étudier par nous-mêmes les différences qui existent entre la fièvre dengue et la grippe.

Dr MARC JOUSSET.

MEMENTO THERAPEUTIQUE

TRAITEMENT DE L'ASCITE

L'ascite est presque toujours une lésion ; cependant quelques auteurs ont décrit une ascite essentielle existant par elle-même et constituant une maladie.

Cette lésion est constituée par l'accumulation de sérosité dans le péritoine, sans aucune inflammation ; elle s'observe principalement dans le cours des affections du cœur, dans la cirrhose, dans l'albuminurie.

L'ascite est un des éléments les plus constants de toutes les cachexies : cachexie des fièvres intermittentes, tuberculeuse, cancéreuse, leucocythémie, etc.

Les médicaments principaux dans le traitement de l'ascite sont apis, helleborus, china, arsenicum, iodium, pulsatilla, mercurius, cantharis, uranium, ferrum, prunus spinosa.

1° *Apis*. — Richard Hughes dit qu'apis a été maintesfois curatif dans le traitement de l'ascite. On sait du reste que ce médicament a une action incontestable dans le traitement des hydropisies.

C'est un médicament du début.

Doses : Ce sont les premières triturations qui ont été généralement employées.

2° *Helleborus niger* est aussi un médicament des ascites récentes. Un sentiment de froid dans le ventre, un mou-

vement fébrile avec prédominance de froid, mais principalement l'absence de soif, indiquent ce médicament.

3° *China.* — Les auteurs s'accordent pour enseigner que de fortes doses de china ou de quinine longtemps prolongées ont bien des fois produit l'ascite.

La critique n'a pas encore décidé si cette ascite n'était pas plutôt le résultat de la fièvre intermittente pour laquelle on a administré ces deux médicaments.

Quoi qu'il en soit, china à dose homœopathique a guéri plusieurs fois des ascites déjà arrivées à l'état cachectique.

Ce médicament est surtout indiqué quand l'ascite s'est développée à la suite d'hémorrhagies prolongées.

La diarrhée aussitôt après le repas, la soif vive, la boulimie avec dyspepsie, les urines très fréquentes et peu abondantes avec dépôt blanc ou jaunâtre indiquent encore ce médicament.

Doses : Premières triturations.

4° *Arsenic.* — L'anasarque et l'ascite sont des symptômes fréquemment signalés dans l'histoire de l'arsenic, c'est de plus le médicament de la plupart des maladies et des cachexies dans le cours desquelles on observe l'ascite; aussi ce médicament a-t-il été très souvent prescrit avec succès dans le traitement de l'hydropisie du péritoine. Bahr dit que l'arsenic convient particulièrement dans l'ascite liée à une affection du cœur ou à une affection rénale. Il affirme qu'après l'administration de l'arsenic il s'établit une diurèse abondante après laquelle l'hydropisie disparaît avec une extrême rapidité.

C'est surtout dans l'état cachectique que l'arsenic est indiqué. L'agitation et l'anxiété nocturne constituent toujours une des meilleures indications de ce médicament.

Doses et modes d'administration. — Bahr recommande les plus basses triturations.

5° *Iodium.* — C'est un des médicaments principaux des hydropisies. Il est parfaitement homœopathique à l'ascite ; l'amaigrissement excessif, la boulimie, l'anxiété cardiaque avec tremblement des membres, l'urine très foncée et très rare constituent ses indications principales.

6° *Pulsatilla.* — L'ascite qui est liée à un trouble des règles principalement à l'âge de la puberté ou à l'âge critique a été guérie par pulsatilla.

Doses. — Il y a deux observations de guérison par la trentième dilution.

Plusieurs médecins conseillent ce médicament aux dilutions basses.

Mercurius, prunus spinosa, ferrum, ledum palustre, cantharis, uranium ont produit quelques guérisons d'ascite ; mais ni la clinique, ni la matière médicale ne nous fournissent de renseignements suffisants pour que nous puissions donner les indications particulières à chacun de ces médicaments.

D^r P. Jousset.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE.

Nos lecteurs se souviennent qu'après une première discussion, l'*Instruction au public* rédigée par le *Congrès de la tuberculose* fut renvoyé à l'examen d'une commission. Ce n'est pas que personne contestât sérieusement la conta-

giosité de la tuberculose, cependant exagérée par les uns et rabaissée par les autres. Mais l'Académie était et est divisée encore en deux camps au sujet de l'opportunité de l'*Instruction* à répandre dans le public. Il s'agit, avant tout, de savoir s'il est sérieusement utile de jeter l'alarme dans les familles, ou si, au contraire, le péril est tel qu'il faille passer outre, sans prendre garde que les malheureux phthisiques risquent d'être trop souvent traités en parias. Quelques-uns de nos académiciens enfin s'inscrivent moins contre l'Instruction que contre la gravité de la sanction académique : ils voient des inconvénients moindres à laisser la responsabilité de la publication quelconque à une commission ou à un conseil.

Bien que la seconde période de la discussion ne soit pas encore épuisée, nous croyons nécessaire de résumer dès aujourd'hui les arguments des principaux champions de l'un et l'autre camp. Voici d'abord les conclusions apportées, le 29 octobre dernier, par M. Villemin :

« I. La tuberculose est, de toutes les maladies, celle qui fait le plus de victimes. Dans les grandes villes, elle compte pour un quart à un septième de la mortalité.

« Pour s'expliquer l'élévation de ce chiffre, il faut savoir que la phtisie pulmonaire n'est pas la seule manifestation de la tuberculose, comme on le croit à tort dans le public; en effet, nombre de bronchites, de pleurésies, de méningites, de péritonites, d'entérites, de lésions osseuses et articulaires, d'abcès froids, etc., sont des maladies de même nature.

« II. La tuberculose est une maladie infectieuse, parasitaire, causée par un microbe; mais elle n'est transmissible à un individu sain par un sujet malade que dans des conditions spéciales que nous allons déterminer.

« En dehors de la transmission héréditaire directe, le microbe de la tuberculose pénètre dans l'organisme par les voies aériennes avec l'air inspiré, par le canal digestif avec les aliments, par la

peau et les muqueuses à la suite d'écorchures, de piqûres, de plaies et d'ulcérations diverses.

« III. La source contagieuse la plus fréquente et la plus redoutable réside dans les crachats des phtisiques. A peu près inoffensifs tant qu'ils restent à l'état liquide, c'est lorsqu'ils sont réduits en poussière qu'ils deviennent dangereux. Ils revêtent promptement cette forme lorsqu'ils sont projetés sur le sol, les planchers, les carreaux, les murs; lorsqu'ils souillent les vêtements, les couvertures, les objets de literie, les tapis, les rideaux, etc.; lorsqu'ils sont reçus dans des mouchoirs, des serviettes.

« C'est alors que, desséchés et pulvérulents, ils sont mis en mouvement par le balayage. Cette poussière suspendue dans l'air, pénètre dans les voies respiratoires, se dépose sur les surfaces cutanées et muqueuses dépouillées de leur vernis épidermique, sur les objets usuels, etc., et devient ainsi un danger permanent pour les personnes qui séjournent dans l'atmosphère ainsi souillée.

« Le principe contagieux de la tuberculose se trouve aussi dans les déjections des phtisiques, soit qu'il provienne des lésions intestinales qui surviennent dans cette affection, soit qu'il vienne des crachats avalés par les malades. Très fréquemment, ceux-ci sont atteints de diarrhée, souillent leurs draps de lit et leur linge et créent ainsi une source d'infection contre laquelle il importe de se mettre en garde.

En conséquence, il faut :

« 1° Etre bien convaincu de la nécessité de prendre les plus grandes précautions au sujet des matières de l'expectoration des phtisiques. Elles doivent, toujours et partout, être reçue dans des crachoirs contenant une certaine quantité de liquide. Ceux-ci doivent être vidés chaque jour dans le feu et nettoyés à l'eau bouillante.

« L'usage des crachoirs ne doit pas se borner aux hôpitaux et aux habitations privées, mais il est indispensable de l'adopter pour tous les établissements publics.

« 2° Ne point laisser sécher le linge maculé par les déjections

des tuberculeux, mais le tremper et le faire séjourner quelque temps dans l'eau bouillante ou bien le brûler.

« 3° Eviter de coucher dans le lit d'un tuberculeux et habiter sa chambre le moins possible, si de minutieuses précautions n'ont pas été prises contre les crachats et contre les souillures de son linge par ses déjections.

« 4° Obtenir que les chambres d'hôtels, les maisons garnies, les chalets, les villas, etc., occupés par les phtisiques, dans les villes d'eaux et les stations hivernales, soient meublés et tapissés de telle manière que la désinfection y soit facilement et complètement réalisée après le départ de chaque malade.

« Le public est le premier intéressé à préférer les habitations dans lesquelles de pareilles précautions hygiéniques sont observées.

« 5° Ne se servir des objets contaminés par les tuberculeux (linge, literie, vêtements, objets de toilette, tentures, meubles) qu'après désinfection préalable (étuve sous pression, ébullition, vapeurs soufrées, peinture à la chaux).

« IV. Si les crachats des phtisiques, ainsi que leurs excrétions alvines sont l'origine la plus commune des tuberculoses acquises, ils n'en sont pas la seule.

« Le parasite de la maladie peut se rencontrer dans le lait, la viande et le sang des animaux malades qui servent à l'alimentation de l'homme (bœuf, vache surtout, lapins, volailles).

« 1° Le lait, dont la provenance est le plus généralement inconnue, doit attirer spécialement l'attention des mères et des nourrices en raison de l'aptitude des jeunes enfants à contracter la tuberculose. (Il meurt annuellement, à Paris, plus de deux mille tuberculeux âgés de moins de deux ans.)

« La mère tuberculeuse ne doit pas nourrir son enfant ; elle doit le confier à une nourrice bien portante, vivant à la campagne dans une maison non hantée par des phtisiques où, avec les meilleurs conditions hygiéniques, les risques de contagion tuberculeuse sont beaucoup moindres que dans les villes.

« L'allaitement au sein étant impossible, si on le remplace par l'allaitement artificiel avec du lait de vache, celui-ci doit toujours être bouilli.

« Le lait d'ânesse et de chèvre offre infiniment moins de danger.

« 2° La viande des animaux tuberculeux doit être prohibée. Le public a tout intérêt à s'assurer si l'inspection des viandes, exigée par la loi, est convenablement et rigoureusement exercée;

3° L'usage d'aller boire du sang chaud dans les abattoirs est dangereux; il est, du reste, sans efficacité.

« V. Tous les individus n'ont pas au même degré l'aptitude à contracter la tuberculose. Il y a des sujets particulièrement prédisposés et qui doivent redoubler de précautions pour éviter les circonstances favorables à la contamination signalée plus haut. Ce sont :

« 1° Les personnes nées de parents tuberculeux ou appartenant à des familles qui comptent plusieurs membres frappés par la tuberculose.

« 2° Celles qui sont débilitées par les privations et les excès. L'abus des boissons est particulièrement néfaste.

« 3° Sont aussi prédisposés à la tuberculose, les individus atteints ou en convalescence de rougeole, de coqueluche, de variole, et surtout les diabétiques. »

Contre ces conclusions, nous condenserons les discours de M. Hardy (26 novembre), Le Roy de Méricourt (3 décembre), Trasbot (3 décembre), G. Sée (31 décembre et 7 janvier), Jaccoud (14 janvier).

Pour se sont inscrits : MM. Cornil (3 décembre), Hérard (31 décembre), Trélat et Verneuil (14 janvier).

M. Hardy. — Avant d'examiner les conclusions du rapport de M. Villemin sur la prophylaxie de la tuberculose, il y a lieu de se demander comment on devient tuberculeux.

En première ligne il faut placer l'influence héréditaire. Après l'hérédité, nous voyons, comme circonstances prédisposantes importantes, l'affaiblissement de l'économie par toutes les causes dépressives et certaines affections

de l'appareil respiratoire. Je signalerai encore l'influence bien connue de la rougeole, de la coqueluche, du diabète, de la scrofule et du lymphatisme.

J'arrive maintenant à la contagion qu'on ne saurait nier, depuis qu'elle a été expliquée par la découverte du bacille de Koch.

Il faut toutefois reconnaître que les exemples bien évidents de contagion sont assez rares, et c'est cependant sur eux qu'on s'appuie pour légitimer les propositions que nous discutons.

Ces réserves faites, j'aborde l'examen de ces propositions. Les précautions qu'elles commandent visent les aliments pouvant provenir d'animaux tuberculeux, les crachats, l'air expiré par les tuberculeux, les chambres qu'ils ont habitées et les meubles dont ils se sont servis.

Relativement aux aliments, il n'est pas prouvé d'une manière péremptoire qu'ils soient aussi dangereux qu'on le dit : le lait, qu'on incrimine particulièrement ne peut être positivement reconnu comme dangereux qu'à condition que les pis de la vache soient tuberculeux, ce qui est rare ; c'est donc en se fondant sur des opinions encore discutables qu'on propose de faire rôtir ou bouillir outre mesure les viandes comestibles en les privant de leur jus et les rendant bien moins nourrissantes et de ne servir que du lait bouilli. Je pense que ce qu'il y a de plus utile à faire sous ce rapport ne peut être obtenu que par l'institution d'inspecteurs sérieux et instruits, chargés de vérifier l'état sanitaire des vaches laitières et des viandes destinées à l'alimentation.

Je passe maintenant aux crachats des tuberculeux : j'admets avec tout le monde que, desséchés et réduits en poussière, ils peuvent servir de véhicule aux bacilles. Mais

ce danger est-il aussi grand qu'on veut bien le dire et peut-on espérer le voir disparaître en adressant des instructions au public? On s'en souciera peu, et, quant à empêcher des malades de cracher dans les rues, dans les cours et dans les escaliers mal tenus, etc., etc., je ne crois pas qu'on puisse l'obtenir.

Pour ce qui est de conseiller aux personnes qui soignent des tuberculeux de prendre des précautions, je l'approuve complètement; mais c'est au médecin à indiquer le danger et il n'est pas besoin pour cela d'instructions publiques, lesquelles pourraient priver les malades des soins nécessaires par crainte exagérée de la contagion.

Je ne dirai rien relativement aux meubles; après le décès, ils doivent être nettoyés et désinfectés; mais c'est ce qui se fait d'ordinaire. Dans les hôtels, dans les maisons meublées, tout en n'osant pas condamner les précautions commandées pas la commission, je crains qu'elles n'aillent contre le but qu'on veut atteindre. En voyant des chambres blanchies à la chaux avec un parquet couvert de linoléum, sans tentures ni rideaux, le voyageur pensera de suite que ces appartements ont abrité des malades et s'empressera de les refuser pour en prendre d'autres plus dangereux peut-être, mais dans lesquels le danger est dissimulé et, de même que dans les prisons il existe des cellules des condamnés à mort, vous aurez aussi les chambres destinées aux malheureux phtisiques.

Pour résumer mon opinion sur les mesures à l'aide desquelles on peut espérer de restreindre le développement de la phtisie, je dirai que la première place appartient à l'hygiène générale ayant pour but de fortifier les héréditaires et les débilités.

Quant aux conseils spéciaux relatifs à la contagion de

la tuberculose, je repousse leur publicité ; au nom de l'humanité, il m'en coûte de considérer le tuberculeux comme un paria dont il ne faut pas s'approcher.

Si l'on suivait à la lettre les conseils de certains médecins ultra-contagionnistes, je craindrais que les malades ne fussent abandonnés, ou du moins qu'ils ne reçussent pas tous les soins physiques et moraux dont ils ont besoin. Ce sont surtout ces dernières considérations qui me donnent le regret de ne pouvoir voter les propositions de la commission, en tant qu'elles sont destinées à être adressées au public.

M. Le Roy de Méricourt. — L'instruction sur la prophylaxie de la tuberculose, actuellement en discussion, proclame que la tuberculose est une maladie infectieuse, parasitaire, causée par un microbe ; que la phtisie pulmonaire, en dehors de la transmission héréditaire directe, se transmet d'un sujet malade à un sujet sain, par les crachats desséchés et réduits à l'état de poussière.

Toutes ces notions sont connues des médecins depuis bien des années, mais est-il bon de les divulguer et de les répandre dans le grand public, comme c'est le désir de la commission ? Par cette promulgation solennelle de la transmissibilité de la phtisie, on va, d'emblée, créer aux malheureux qui sont atteints de cette maladie une situation identique à celle des lépreux et même plus cruelle.

Or, si la tuberculose est certainement transmissible, il est également certain qu'elle est la moins transmissible de toutes les maladies contagieuses. Pour s'en convaincre il suffit d'examiner les statistiques des établissements consacrés au traitement de la phtisie et en particulier celle de l'hôpital spécial de Brumpton.

D'autre part, quand on considère les habitudes des gens pauvres qui vivent en contact intime avec des membres de leur famille phtisiques, soumis en même temps aux influences dépressives de la misère et de l'air confiné, il est aussi intéressant de trouver peu de cas d'infection directe.

La déclaration de principes inscrite en tête de l'instruction prophylactique qui vous est présentée est donc trop absolue.

N'est-ce pas une dérision de recommander dans une famille pauvre de ne laisser jamais une personne de la famille cohabiter avec celle qui est malade?

Comment admettre que, dans les ateliers, chaque ouvrière ait un crachoir à sa portée ?

Jamais la présence du microbe de la tuberculose n'a été démontrée dans le lait que la cuisson rend moins digestive.

A mon sens, c'est à l'assainissement des habitations et à la moralisation des masses que vous devrez la véritable prophylaxie de la tuberculose.

Pour tous ces motifs, je conjure l'Académie de laisser au Congrès de la tuberculose la responsabilité de son Instruction populaire.

M. Trasbot. — Il n'existe, d'après moi, aucun fait expérimental de la transmission de la tuberculose du bœuf à l'homme. La transmission par le lait n'est pas prouvée. L'hypothèse de la contamination par le sang ne mérite pas d'être discutée.

Le Congrès sur la tuberculose, en exagérant la crainte qu'il convient d'avoir à l'égard de la contagion de la tuberculose par la viande et le lait, a répandu une véritable terreur dans le public.

Si l'Académie confirmait absolument sur ce point les propositions de la commission, elle l'augmenterait encore. Elle doit donc s'abstenir d'imprimer par un vote approbatif, un cachet officiel de certitude absolue à ce qui n'est, en somme, qu'une opinion scientifique.

M. G. Sée. — Parmi les différentes questions qui ont été soulevées à propos de la discussion des instructions sur la prophylaxie de la tuberculose, il en est une qui mérite de retenir un instant l'attention : je veux parler de la contagion ; je ne parle ici que de la contagion atmosphérique, car, pour ce qui concerne la contagion matrimoniale, je ne m'y arrêterai pas.

Relativement à la contagion atmosphérique de la tuberculose, on n'a émis jusqu'ici que des assertions. On n'a rien prouvé. Eh bien, les derniers travaux de Koch et ceux de Cornet ne sont pas du tout favorables à la contagion.

M. Cornet a examiné l'air des salles où couchaient des phtisiques et a trouvé des poussières virulentes : sur vingt et une salles malpropres de malades il trouva quinze fois de la poussière tuberculeuse, dans d'autres salles proprement tenues il ne trouva rien. Par l'examen de chaque cas, il arriva à ce résultat définitif, qu'il n'existe pas d'ubiquité du bacille de la tuberculose, qu'on parvient souvent à démontrer le virus tuberculeux là où se trouvent un ou plusieurs phtisiques, mais que le bacille manque totalement là où il n'y a pas eu séjour prolongé de phtisiques.

Or, comme le bacille tuberculeux, en dehors de l'organisme humain ou animal, ne se multiplie jamais et ne peut se conserver qu'en temps limité, c'est l'homme tuberculeux qui doit être considéré comme la source d'in-

fection la plus fréquente. Mais il est démontré, d'autre part, que dans aucune circonstance l'air expiré n'entraîne au dehors le bacille tuberculeux. Où réside donc la source de l'infection? Sur ce point, nous sommes tous d'accord. Ce sont les crachats qui constituent le véritable danger.

La virulence des crachats est telle que, dilués au 1/100,000, ils sont encore infectants.

C'est donc seulement contre les crachats que les mesures prophylactiques doivent être prises.

Pour atteindre ce but, il suffit que les malades n'expectorent que dans des vases contenant de l'eau.

Je ne reconnais pas d'autre contagion atmosphérique possible que celle qui résulte de la poussière des crachats. Cela n'empêche pas que, si un malade meurt, il faudra désinfecter la literie, les meubles, etc.

Quelques mots maintenant sur le lait. Ce liquide est tantôt incriminé, tantôt absous. Selon M. Trasbot, la tuberculose des vaches tend à diminuer à Paris. Le lait à Paris, serait donc rarement infecté. En outre, quand on mélange le lait d'une vache tuberculeuse avec d'autres laits, il perd complètement ses propriétés nocives. C'est M. Bollinger (de Munich) qui a démontré ce fait.

M. Valin a dit qu'il fallait que le lait soit bouilli, que la cuisson ne le rendait pas indigeste; c'est là une erreur; aussi bien pour les enfants que pour les adultes, le lait cru est le meilleur. En outre, le lait cuit perd ses propriétés diurétiques. Du reste, je n'ai jamais vu, et je ne suis pas le seul, de tuberculose produite par le lait.

Quant à la viande, la question est jugée : le bacille ne se rencontre jamais dans les muscles.

De ces diverses considérations je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° La contagion atmosphérique de la phtisie, c'est-à-dire la contagion vraie, redoutée et redoutable, inscrite au frontispice du Congrès de la tuberculose, n'existe pas ; elle doit être rayée des instructions populaires qui avaient, par suite d'une véritable hérésie, affolé le public ;

2° La transmission, en dehors des conditions matrimoniales, se fait uniquement et sûrement par les crachats desséchés qui, seuls, possèdent la propriété infectieuse ; c'est le crachat qu'il faut détruire à tout prix, en prescrivant les mesures les plus draconiennes et c'est tout : ce n'est pas le malade, c'est le crachat qui est l'ennemi ;

3° L'alimentation par le lait ne présente presque aucun danger et la viande aucun ;

4° Les prédispositions sont inconnues dans leur nature, dans leurs signes ; nous ne pouvons ni les deviner, ni les combattre.

— 7 *janvier*. — J'ai à communiquer aujourd'hui à l'Académie un nouveau document, un décret rendu il y a cent ans, par le roi de Naples :

1° Tout médecin traitant est tenu de fournir des indications à la régence, aussitôt qu'il a constaté la phtisie.

S'il néglige cette dénonciation, il est passible d'une amende de 100 ducats, et, en cas de récidive, il est condamné sans appel à un bannissement de dix ans ;

2° Les malades pauvres sont, après la constatation de la maladie pulmonaire, amenés aussitôt à l'hôpital ;

3° Les directeurs des hôpitaux doivent conserver à part les vêtements et le linge destinés aux phtisiques ;

4° L'autorité a le devoir de renouveler la chambre du malade, c'est-à-dire le parquet, les couvertures et les tentures et de brûler les fenêtres et les portes et de les remplacer par d'autres ;

5° Des peines sévères seront appliquées à tous ceux qui achètent ou vendent des effets ayant appartenu à des phtisiques;

6° Toute maison dans laquelle succombera un phtisique sera mise à l'index (son propriétaire se trouvait ainsi réduit à la misère).

La même loi fut promulguée en Portugal. Dans le royaume de Naples elle fut appliquée dans toute sa rigueur jusqu'en 1848. Elle fut sans le moindre effet sur le développement de la tuberculose, ce qui n'a pas lieu de nous surprendre, aujourd'hui que nous connaissons les lois de la transmission du bacille tuberculeux.

M. Jaccoud. — Que vient-on nous demander? Deux choses distinctes. Premièrement, une approbation officielle d'un certain nombre de propositions étiologiques relatives à la transmissibilité de la tuberculose; secondement, une instruction populaire indiquant les moyens préservatifs de la transmission.

Les faits justificatifs de ces mesures rigoureuses se sont accumulés avec une telle puissance de nombre et de vertu démonstrative, que les notions relatives aux divers modes de transmission de la maladie peuvent être aujourd'hui simplement affirmées sans qu'il soit besoin d'en redire incessamment les preuves; on les énonce, on ne les discute plus. Ce sont là vérités acquises, acquises à ce point qu'il est permis de dire, sans nulle exagération, vérités banales.

Eh bien, de cette certitude absolue, de cette vulgarisation universelle, si remarquable au point de vue de la solidité et de la rapidité du progrès médical, naît mon éloignement pour la déclaration que l'on sollicite. Je me demande s'il convient vraiment à la dignité de l'Académie

d'intervenir sur le tard dans un débat qui n'en est plus un, pour consacrer par une approbation au moins superflue, des faits pathogéniques et des règles prophylactiques, irrévocablement dépouillés de ces caractères de nouveauté et d'incertitude qui, seuls, justifient les manifestations solennelles.

Et à cette question, que je m'adresse en toute sincérité, je suis contraint de répondre par la négative ; non, la dignité de l'Académie ne permet pas cette intervention tardive.

Vainement invoquerait-on, pour la justifier, l'argument puéril du mieux vaut tard que jamais ; je ne veux pas l'entendre ; et il est des occurrences, et celle-ci en est une, où c'est un devoir de ne pas l'entendre.

Quoi que vous fassiez, votre affirmation sera le point de départ d'une exagération dangereuse, elle fera beaucoup plus de mal que de bien, par ce qu'elle dépassera le but. Ferez-vous comprendre au public à qui cette déclaration est destinée, que si la tuberculose est transmissible, elle ne l'est que suivant certains modes et dans certaines conditions déterminées? Ferez-vous comprendre que la provocation bacillaire est impuissante par elle seule à reproduire la maladie et qu'elle a besoin du concours de la réception organique, de ce terrain nutritif dont Koch lui-même a si souvent proclamé la nécessité? Non seulement vous ne le ferez pas comprendre, mais vous ne pourrez même pas introduire ces données de la haute pathologie dans un document du genre de celui que vous préparez.

Forcément, la transmissibilité apparaîtra seule, isolée des conditions qui, dans la réalité, en limitent efficacement la puissance ; et le lecteur, mal éclairé, et qui ne

peut pas l'être mieux, ne retiendra qu'un fait, c'est que la phtisie est contagieuse; dès lors, malgré vous, et en dépit de tous vos efforts d'atténuation, cette étiologie unilatérale, qui a tout le danger des enseignements incomplets, créera cette situation déplorable contre laquelle j'ai déjà mis en garde, il y a plusieurs années ; l'amplification aidant, le phtisique sera considéré comme un pestiféré, semant fatalement, partout autour de lui, la contagion et la mort.

Donc pour l'Académie, donc pour le public, je vois dans la déclaration projetée un double danger auquel il est vraiment téméraire et inutile de s'exposer.

Je conviens qu'on peut aisément échapper à ces risques en supprimant le préambule étiologique, et en limitant le programme à l'indication des mesures préventives. Sans doute on peut faire ainsi, mais le malheur, en ce qui me concerne, c'est que je n'approuve pas davantage l'instruction prophylactique et cela pour diverses raisons.

En premier lieu, les précautions recommandées impliquent un diagnostic préalable, c'est-à-dire l'intervention du médecin ; ce sont donc les médecins, et eux seuls, qui peuvent décider de l'opportunité de ces mesures, les faire exécuter, soit dans les familles, soit dans les administrations, dans les établissements publics dont ils ont la direction sanitaire. Ce sont donc les médecins qui doivent être instruits et convaincus de l'importance de ces précautions ; c'est donc aux médecins qu'il faut s'adresser : il est inutile, il est illusoire de s'adresser au public.

Les Sociétés savantes qui, dans la dernière période décennale, se sont occupées de la prophylaxie de la tuberculose, ont consigné leur travaux dans leurs recueils or-

dinaires, et ne les ont point directement adressés au public.

En dernier lieu, si je les ramène à leur plus simple expression, je vois qu'en somme les mesures prescrites visent d'une part les crachoirs, la désinfection des crachats et des objets souillés, d'autre part le lait et la viande des animaux tuberculeux.

C'est exactement la même chose qu'en 1880 et dans les années qui ont suivi. Eh bien! il me semble, sauf erreur, que des prescriptions de cet ordre et de cet âge, ressortissent aux divers conseils d'hygiène et de salubrité et non plus à l'Académie de médecine.

Il n'y a plus, aujourd'hui, dans le vaste domaine de la tuberculose, qu'une seule question qui soit vraiment digne d'un débat et d'une instruction académique, c'est la question de la répartition des phtisiques dans les établissements hospitaliers. Or, cette question ne figure pas au programme qui nous est soumis.

Au total, la déclaration étiologique est trop tardive, de sorte que, malgré une incontestable vérité, elle risque de porter atteinte à l'autorité scientifique de l'Académie ; de plus, étant forcément incomplète, elle est dangereuse pour le public ; quant à l'instruction prophylactique, elle commet, à mon sens, une erreur de destination et une erreur d'attribution. Pour ces motifs, sans prétendre juger en aucune façon le travail de la commission, je crois devoir repousser en bloc la manifestation qui vous est proposée et, si ce n'est pas excéder mon droit, je demande que, lorsque viendra le moment du vote, nous soyons appelés à voter avant tout sur la question suivante : L'Académie consent-elle à publier une instruction sur la transmissibilité et la prophylaxie de la tuberculose?

Je passe aux arguments fournis en faveur de *l'Instruction populaire*.

M. Cornil. — La phtisie est-elle, oui ou non, contagieuse? Toute la question est là. Or, une enquête faite par M. Valin constate 213 cas positifs de transmission de tuberculose, dont 107 entre maris et femmes, 38 entre frères et sœurs.

Les Fuégiens ne connaissaient pas la phtisie avant l'installation de la mission anglaise. La femme du pasteur, une phtisique, avait réuni dans une école un certain nombre d'enfants. Ces jeunes Fuégiens étaient logés, vêtus, placés dans de meilleures conditions apparentes d'hygiène que ceux qui vivaient en sauvages. Et, cependant, une mortalité effrayante sévit au milieu d'eux. Ce fut une véritable épidémie de phtisie aiguë.

D'autre part, la conviction de la contagiosité de la tuberculose s'impose absolument depuis que l'expérimentation sur les animaux nous a montré son inoculabilité, sa transmission par les voies lymphatiques sous-cutanées, par l'ingestion d'une quantité de bacilles même très minime, etc. Ces bacilles existent dans les crachats des phtisiques. C'est dans la dessiccation ou même la putréfaction de ces crachats que réside surtout le danger, soit pour le malade, soit pour son entourage. Pour éviter ce danger, il suffit de procéder à la désinfection des crachats. Sur ce premier point, il ne saurait subsister aucun désaccord entre nous. Je laisse de côté la possibilité de la contagion par les viandes et par le lait, facile à éviter par l'ébullition du lait et la cuisson des viandes.

Quand, dans une goutte de lait, on peut voir des centaines et des milliers de bacilles, je ne comprends pas

qu'on dise qu'il ne faut pas cuire le lait, surtout celui des environs de Paris, bien que M. Trasbot nous ait un peu rassuré à cet égard. On s'exposerait, en ne le faisant pas, à favoriser l'extension de la maladie, et à contaminer surtout les enfants élevés au biberon.

Cette digression faite, je reviens au point essentiel de ma communication, c'est-à-dire à l'instruction que nous avons rédigée.

Pour ce qui est de la publicité de cette instruction, publicité contre laquelle s'est élevé M. Hardy, je ferai remarquer que, actuellement, c'est là un fait accompli. Tous les journaux, grands ou petits, l'ont reproduite. Du reste, je ne saurais partager les craintes de ceux qui prétendent que la divulgation de cette instruction aura des inconvénients.

On nous objecte que les phtisiques seront mal soignés, délaissés par leurs familles : je crois, au contraire, que l'entourage des malades, rassuré par les précautions que nous recommandons, se dévouera sans peur, sans arrière-pensée, aux soins qui leur sont nécessaires.

Les malades, nous dit-on, seront éclairés sur le nom, sur la gravité de leur mal.

Cela sera vrai pour quelques-uns, mais aujourd'hui même, bien des malades savent qu'ils sont atteints de lésions tuberculeuses. Soyez persuadés d'ailleurs que l'ingénieuse affection des parents saura bien masquer, à beaucoup d'entre eux, la gravité de leur maladie.

Pour nous, notre devoir est de renseigner exactement le public et l'État sur les précautions à prendre contre l'extension de la phtisie.

La société a le droit de se défendre, l'État a le devoir

d'arrêter cette cause d'abâtardissement et de décroissance de la population.

C'est pourquoi nous devons aux individus, aux familles, aux administrations et à l'État, une instruction détaillée sur les moyens propres à arrêter le développement de la phtisie.

M. Hérard. — Je ne dirai que quelques mots au sujet des nouvelles conclusions de la commission sur la prophylaxie de la tuberculose, car ces conclusions me semblent pouvoir être violées intégralement.

La commission commence par déclarer que la maladie est virulente et transmissible ; les faits prouvant cette transmissibilité abondent et il n'est pas besoin d'y insister. La contagiosité de la tuberculose est, sans doute, plus restreinte que celle de la rougeole, de la scarlatine ou de la diphtérie ; elle a besoin pour se manifester, de certaines conditions de surmenage, de privations, de peines morales ou de séjour dans un air confiné et vicié, conditions si communes dans les grandes villes. L'observation relatée par M. Marfan en est une des preuves les plus frappantes. On pourrait aussi citer le cas cité dans l'enquête faite par l'Association britannique en 1883, l'observation de Flink, celle de M. Jaccoud, etc.

Il n'en est pas moins vrai que la tuberculose ne se transmet que par hérédité ou par contagion. M. Le Roy de Méricourt cite, à la vérité, des cas négatifs en ce qui concerne la contagion ; cela est certain et heureux, mais n'enlève aucune valeur aux nombreux cas positifs.

En ce qui concerne la viande saignante, la commission ne parle plus de la prohiber, je l'en félicite ; quant au lait, il n'est pas douteux qu'on y ait trouvé de nombreux ba-

cilles, à Paris en particulier, et il n'y a, à mon avis, aucun inconvénient à le faire bouillir.

L'attention des différents orateurs qui m'ont précédé à la tribune s'est concentrée sur un seul point, les crachats des phtisiques, réduits en poussière et disséminés dans l'atmosphère.

M. Sée s'est élevé hautement contre la transmissibilité de la maladie par l'air, mais ne nous donne-t-il pas lui-même raison en disant que la contagion se produit par les crachats réduits en poussière? Quel peut être, en effet, le véhicule de ces poussières, si ce n'est l'atmosphère. Les expériences de M. Cornet, qu'il nous a citées, en sont une nouvelle preuve.

Je ne dis pas que le bacille puisse vivre longtemps dans l'air, mais il est transporté par lui, et s'il trouve un milieu propice, il s'y arrête et s'y multiplie.

MM. Hardy et Le Roy de Méricourt admettent bien le danger de ces poussières, mais ils ne veulent pas en parler de crainte d'effrayer les familles. Cette crainte ne me paraît pas fondée. Pourquoi, en effet, ne pas faire pour la tuberculose ce qu'on fait pour les autres maladies, la fièvre typhoïde, par exemple, d'autant plus qu'on peut dissimuler les précautions, indispensables pour la prophylaxie de cette affection, sous le prétexte de la propreté?

Du reste, le public sait déjà, depuis longtemps, que la tuberculose est contagieuse, il connaît même le nom de son microbe. Croyez-vous, d'autre part, qu'un malade auquel vous ordonnez de l'huile de foie de morue, le séjour dans le Midi, etc., ne devine pas immédiatement la nature du mal dont il est atteint?

Il y a même certains malades à qui il est utile d'indiquer exactement leur état, en leur disant, ce qui est vrai,

que la tuberculose est curable, si on prend certaines précautions hygiéniques. Que de malades ne guérirait-on pas, en agissant ainsi!

Je crois, en résumé, que la connaissance du caractère contagieux du crachat des phtisiques intéresse l'hygiène au plus haut point, et implique la nécessité d'indiquer le danger, en même temps que les moyens de l'éviter. Le conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine n'a pas craint de le faire, et l'Académie n'hésitera pas, j'en suis certain, à éclairer le public et l'administration sur les mesures prophylactiques à prendre contre le développement et l'extension croissante de la plus meurtrière des maladies.

Les objections n'en ont pas moins rallié un nombre considérable d'académiciens, et, dans la séance du 21 janvier, on vote le renvoi à la commission de la conclusion suivante de M. Bergeron, destinée à remplacer celles de M. Villemin :

« La tuberculose est une maladie parasitaire et contagieuse. Le microbe, agent de la contagion, réside dans les poussières qu'engendrent les crachats desséchés des phtisiques et le pus des plaies tuberculeuses.

« Le plus sûr moyen d'empêcher la contagion consiste donc à détruire ces crachats et le pus, avant leur dessiccation, par l'eau ou par le feu. »

On dit qu'en France, tout finit facilement par des chansons. Tant d'éloquents discours n'aboutiront-ils donc qu'à une question de crachoir? C'est un avortement !

D^r PIEDVACHE.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HOMŒOPATHIE.

DE LA GRIPPE.

La séance est ouverte par une allocution du Dr Leboucher, président, qui remercie la société au nom du bureau ; il rappelle que les deux sociétés homœopathiques de Paris se sont réunies en une seule, dans un but de concorde et pour réunir en un seul faisceau tous les efforts pour propager, défendre et faire progresser l'homœopathie. Il espère que les discussions ne seront pas seulement des opinions successives, mais qu'elles s'appuieront sur des faits.

L'ordre du jour appelle la discussion sur la grippe et son traitement.

Le Dr P. Jousset fait une communication qui est la reproduction de son article sur la grippe (1).

Le Dr Chancerel a, comme le Dr Jousset, observé trois formes bien distinctes ; la forme rhumatoïde diffère même tellement de la grippe commune qu'on serait tenté de croire à deux maladies.

Quelques médecins ont cru à l'existence de la dengue en même temps que la grippe, à cause des éruptions ; le Dr Chancerel a observé quelquefois une éruption de taches rouges sur le visage avec un peu de rugosité ; chez deux petites filles il a vu une éruption morbiliforme, pendant vingt-quatre heures.

Dans la forme rhumatoïde, *rhus* est le médicament qui lui a le mieux réussi.

---

(1) Voir *Art médical*, janvier 1890.

Plusieurs malades ont été atteints de broncho-pneumonie, localisée aux bases et surtout à droite, *phosphore* et *bryone* ont produit de bons résultats ; il n'a vu qu'une seule mort chez une malade ayant eu plusieurs pneumonies antérieures. Chez trois malades qui avaient une grande surexcitation, *stramonium* s'est montré favorable.

Les observations du Dr Vincent Léon Simon lui font partager la manière de voir des deux orateurs précédents. Le plus grand nombre des malades présentaient trois périodes successives : une première, fébrile et rhumatoïde ; une période de rémission, puis une période catarrhale ; cette dernière période a manqué très rarement. Les cas seulement rhumatoïdes pourraient être considérés comme des cas frustes et ont été observés surtout au début de l'épidémie.

Les pneumonies qu'il a observées, comme le Dr Jousset le fait du reste remarquer dans sa *Médecine pratique*, n'offrent pas la marche habituelle de cette maladie : il a eu deux morts chez deux vieilles femmes.

Comme symptômes remarquables, le Dr Vincent Léon Simon a observé plusieurs fois, surtout chez les enfants, un état comateux qui a cédé à *opium* ; il a vu deux fois une cécité passagère ; des épistaxis et des hémoptysies ; des vomissements répétés, s'accompagnant d'ictère chez une malade.

Les cas devenaient de plus en plus graves à mesure que l'on avançait dans l'épidémie.

La grippe paraît contagieuse, mais c'est un mode de transmission peu important ; elle paraît être sous la dépendance d'un état météorologique.

Comme traitement, *aconit*, qui a bien réussi ; *belladona*,

dans les douleurs diverses; *bryonia*, qui n'a pas toujours donné de résultat favorable; *china*, pour les hémorrhagies répétées.

Le Dr Marc Jousset ne veut pas rentrer dans la discussion des formes et du traitement de la grippe; il signale seulement quelques complications; une céphalalgie intense, avec vertiges et vomissements, augmentée par le mouvement et soulagée par le décubitus, qui a rapidement cédé à l'emploi de *nicotiana* (Ire trit. dec.) et *digitalis* (T.M.) alternés; des otalgies et des otites, traitées par *pulsatilla* et *belladona* alternés; des éruptions herpétiques chez trois malades; chez l'une, l'éruption eut lieu sur les amygdales et dans la bouche, chez les deux autres, la lèvre supérieure, le nez, en étaient couverts. Il signale aussi les bons résultats contre la toux nocturne de *conium* (3 à 1 déc.), qui a paru mieux réussir que la *jusquiame* pendant cette épidémie.

Le Dr Marc Jousset signale des accidents pernicieux algides qu'il a observés chez une jeune malade dont il rapporte l'histoire.

Mlle Jeanne L..., 19 ans 1/2, bonne santé habituelle, se trouve mal à l'aise le dimanche 8 décembre: courbature, mal de tête, fièvre légère, coliques; les époques ont paru le matin, un peu en avance; elles sont faibles; comme la malade a ordinairement de la dysménorrhée, elle pense que ses malaises dépendent de son époque.

Lundi 9 décembre. — Le matin, la fièvre est légère, le mal de tête est surtout sus-orbitaire, les yeux sont un peu rouges et brillants, courbature, petite toux sèche: *aconit* (T. M.) et *belladona* (1 déc.) alternés.

Mardi 10. — La malade se trouve mieux, sans fièvre,

avec moins de courbature et de mal de tête; la toux est plus fréquente, quinteuse : *drosera* (3).

Mercredi 11. — Appelé vers quatre heures, je trouve la malade couchée, dans un état assez fatigant, qui a commencé à midi et est caractérisé par des vertiges très violents avec envies de vomir et nausées, mal de tête et lipothymies, *nicotiana* (1 trit. déc.) et *digitalis* (T. M.) alternés.

Jeudi 12. — La veille au soir vers dix heures, les malaises ont disparu, la malade a dormi et se trouve bien sauf la toux : *drosera*.

Vendredi 13. — Le matin assez bien, la toux est moindre. Je suis rappelé en toute hâte vers deux heures, parce qu'à la même heure que l'avant-veille, à midi, la malade a été reprise du même malaise, vertiges, lipothymies, mais beaucoup plus fortement. Je la trouve dans le décubitus dorsal, les yeux demi-fermés, avec refroidissement des extrémités, un peu de cyanose de la face et des extrémités, la température axillaire est de 35°4, le pouls bat faiblement, 52 pulsations. Le retour des accidents à la même heure, sous le type tierce, me fait penser à des accès pernicieux à forme algide, et je dois avouer que le pronostic me paraissait très mauvais; des injections sous-cutanées d'*éther* et de *lactate de quinine* raniment un peu la malade qui prend à cinq heures, 1 gramme de *sulfate de quinine*.

Samedi 14. — La crise s'est terminée la veille au soir vers dix heures comme celle du mercredi, la malade très fatiguée se trouve bien et tousse peu; elle prend dès le matin 1 gramme de *sulfate de quinine*. La mère très effrayée dans l'attente du lendemain lui en fait encore prendre 0,50 c. le soir.

Dimanche 15. — Vers midi, à l'heure de l'accès, quel-

ques vertiges légers viennent pendant un quart d'heure environ indiquer l'accès, qui est insignifiant grâce au sulfate de quinine qui a été absorbé à haute dose. La malade en prend encore le soir 1 gramme. La convalescence a été rapide.

Le Dr JAMES LOVE traite surtout le côté statistique de la grippe à propos d'un article du Dr Bertillon, sur ce sujet; il fait remarquer que l'épidémie a d'abord été bénigne et que les cas graves sont survenus principalement chez les personnes qui sont sorties. Le Dr Bertillon a remarqué que les adultes surtout ont présenté une forte mortalité; ce sont, en effet, eux qui se sont le plus exposés par des sorties hâtives.

Le quartier Clignancourt, que le Dr Love connaît bien, a présenté un retard de dix à douze jours sur les quartiers riches pour l'apparition de l'épidémie, car ses habitants fréquentent assez peu les quartiers du centre qui ont été les premiers pris.

Le Dr VINCENT LÉON SIMON vient appuyer cette observation du Dr Love; il a des clients à La Villette et à Levallois qui lui ont paru pris plus tardivement que ses clients du centre.

Le Dr P. JOUSSET veut revenir un peu sur les formes rhumatoïde et catarrhale qui sont dans certains cas assez dissemblables pour qu'on soit tenté, comme le disait M. Chancerel, d'en faire deux maladies distinctes. C'est là dessus que certains médecins se basaient pour penser que nous observions en même temps la grippe et la fièvre dengue. Or nous avons pu observer quelquefois des éruptions assez

fugaces, mais jamais rien qui puisse établir l'existence de la dengue, qui est une maladie très bien caractérisée et qui, jusqu'à présent, n'est jamais venue dans nos climats. L'*antipyrine* qui a été donnée à fortes doses par un grand nombre de nos confrères peut aussi revendiquer une partie des éruptions.

Le Dr COMPAGNON serait tenté d'ajouter une forme bilieuse; il a observé un grand nombre de cas où il n'existait pas de catarrhe et où la maladie a consisté surtout en fièvre et en vomissements bilieux.

Le Dr CONAN a observé surtout deux types; une forme catarrhale, la plus fréquente, dans laquelle *bryonia* lui a paru souvent indiquée; et une forme gastrique avec diarrhée, dont se rapproche la malade qui est le sujet de l'observation du Dr Marc Jousset.

Dr MARC JOUSSET.

REVUE DES JOURNAUX

LA MALADIE DES BUVEURS D'AVA.

En usage aux îles Sandwich, cette boisson se tire de la racine de l'ava. Elle est narcotique, et les indigènes qui la consomment présentent une coloration rouge de la peau et des infiltrations épidermiques. Les buveurs incorrigibles d'ava sont émaciés et ont la surface du corps recouverte d'écailles, qui, par leur chute, mettent souvent des ulcérations à découvert La cessation de l'usage de cette boisson est suivie du retour graduel de la peau à l'état normal.

Ajoutons que dans la médecine populaire des insulaires, l'ava passe pour être le remède de la lèpre. (*Revue générale de clinique et de thérapeutique.*)

DU TRAITEMENT DE LA GALE PAR LE PÉTROLE.

Depuis trois ans, j'ai été appelé à donner mes soins à 14 personnes (4 femmes, 6 hommes, 4 enfants) atteintes de la gale la plus caractérisée. Je les ai toutes soumises au traitement par le pétrole, et toutes ont été guéries complètement au bout de trois jours au plus.

Voici la façon dont je procède. Dès le premier jour, je prescris au malade de faire, le soir, avant de se coucher, des onctions de pétrole sur toute la surface du corps, sauf la tête en lui recommandant de frictionner particulièrement les parties les plus atteintes par l'affection. Après cette onction soigneusement faite, il revêt la chemise qu'il portait avant l'opération et se couche. Le lendemain matin, au réveil, au moyen d'eau tiède et de savon blanc, il enlève le corps gras dont il est enduit ; il change de linge et peut vaquer à ses occupations journalières. Le soir, avant de se coucher, il pratique une nouvelle application de pétrole, qu'il enlève de la même façon le lendemain matin. Ordinairement, dès ce deuxième jour, il ne ressent plus de démangeaisons mais, pour plus de sûreté, il fait une troisième application de pétrole et le lendemain il est complètement guéri.

Ce traitement est donc extrêmement simple, puisqu'il n'exige qu'un litre de pétrole, et un morceau de savon blanc, substances que l'on trouve partout. Je n'insisterai pas sur la modicité de son prix de revient, avantage non négligeable en raison de la position sociale des malades atteints de la gale.

De plus il est d'une innocuité parfaite ; même chez des enfants de huit ans, je n'ai observé aucun accident, sauf un peu d'insomnie pendant la nuit qui suit la première onction. Cependant j'hésiterais à l'employer chez de tout jeunes enfants.

D'autre part, ce traitement n'est pas douloureux, ce qui permet d'y avoir recours pour les personnes nerveuses ou impressionnables, et pour celles dont la peau est fine ou recouverte d'excoriations et de croûtes. Dans cinq cas, où la maladie déjà ancienne présentait ces dernières complications, la guérison a été aussi rapide et aussi complète que dans les autres. Quant à son efficacité, elle n'est pas douteuse, puisque dans les quatorze cas où j'ai employé le pétrole, la guérison a toujours été si complète que jamais je n'ai observé de récidive, quoique dans aucun cas les vêtements n'aient été désinfectés.

Cette méthode se recommande particulièrement aux médecins de campagne, qui souvent ne peuvent soumettre leurs malades, d'une façon efficace, au traitement classique de la gale. (*Revue générale de clinique et de thérapeutique.*)

LE MERCURE DANS LA DIPHTHÉRIE

Encore un médecin qui fait de l'homœopathie sans le savoir ou sans se l'avouer; M. Rondot, de Bordeaux, touche le pharynx des diphthéritiques avec une solution de sublimé au 500°, imbibant un petit tampon d'ouate à l'aide duquel il cherche à enlever les fausses membranes et à faire l'*antisepsie* de la muqueuse. En outre, pour faire l'*antisepsie* générale, M. Roudot donne 4 à 6 milligrammes de bichlorure de mercure à l'intérieur.

Il n'y a qu'à ouvrir les Empoisonnements de Tardieu pour se convaincre que le mercure est absolument homœopathique à la diphthérie grave, c'est-à-dire qu'il produit des symptômes locaux et généraux absolument semblables à ceux que le Dr Rondot combat avec le sublimé à une dose qui se trouve placée entre notre troisième dilution décimale et notre deuxième centésimale.

DEUX CAS D'OCCLUSION INTESTINALE GUÉRIS AVEC LES LAVEMENTS D'ÉTHER SULFURIQUE

Dans deux cas d'occlusion intestinale rebelle à tous les moyens habituellement employés, le Dr Clausi a pensé à se servir de l'éther sulfurique. Il a agi de la manière suivante : après avoir dissous 10 grammes d'éther dans de l'alcool et y avoir ajouté 300 grammes d'eau distillée de fenouil, il a introduit dans le rectum, le plus profondément possible, une sonde élastique et, ensuite, avec une seringue ordinaire, il a injecté le liquide dans l'intestin. Les malades ont éprouvé une vive et pénible sensation de chaleur diffuse par tout le ventre, et presque immédiatement après ils eurent des renvois ayant l'odeur caractéristique de l'éther; peu de temps après, avaient lieu d'abondantes évacuations de matières fécales, avec disparition consécutive des coliques et de toutes les autres manifestations morbides.

Le critérium qui a guidé l'auteur à employer l'éther sulfurique est fondé sur ses propriétés physiques et physiologiques qui le rendent un médicament très efficace à provoquer les mouvements péristaltiques de l'intestin, condition essentielle pour vaincre une occlusion, et cela, soit parce qu'il excite directement les terminaisons des

nerfs moteurs de l'intestin, soit parce que, ayant son point d'ébullition à 35 degrés, à la température interne du corps, l'éther doit passer rapidement à l'état de vapeur avec une grande force de tension, et, en produisant la distension brusque et rapide de l'intestin, il l'oblige à réagir par la contraction, et peut ainsi vaincre l'obstacle qui s'oppose au cours des matières fécales. (*Bull. gén. de thérap.*) M. J.

BIBLIOGRAPHIE

A CYCLOPŒDIA OF DRUG PATHOGENESY

Le onzième fascicule de cet ouvrage (1) considérable vient de paraître, il nous donne : natrum muriaticum, natrum nitricum, natrum sulfuricum, nux moschata, nux vomica, strychninum, œnanthæ, oleander, opium et ses alcaloïdes, origanum, osmium, pœonia, palladium, paris, petroleum, phelandrium et phosphorus. Nous approchons de la terminaison; nous n'avons pas à faire à nouveau l'exposition de cet ouvrage; le Dr Hughes l'a fait d'une façon magistrale dans sa communication au Congrès.

PHYSIOLOGIE ET HYGIÈNE DU CERVEAU

Par M. Guyot-Dauliès. Bibliothèque d'éducation attrayante, Paris, 166, boulevard Montparnasse. M. J.

---

(1) Édicté par les Drs R. Hughes et Dake. Gould et son. Londres.

NÉCROLOGIE

Le Dr Schœdler

Nous venons d'apprendre la mort, à Berne, d'un des médecins homœopathes les plus honorables de la Suisse allemande, le Dr Schœdler, qu'il nous avait été donné d'apprécier au *Congrès international d'homœopathie* de 1889. Ce savant confrère avait pris part à nos discussions et porté un toast au banquet. **M. J.**

RÉPERTOIRE

DE MATIÈRE MÉDICALE ET DE THÉRAPEUTIQUE

Eupatorium purpureum dans l'incontinence nocturne d'urine. — Un garçon de 15 ans, qui en était atteint depuis l'enfance, fut guéri par eupator. (12). Il mouillait son lit à n'importe quelle heure de la nuit et urinait abondamment le jour. (*American hom.*, sept. 1889.)

Chimaphila contre le ténesme de la cystite. — Le Dr Johnson rapporte que dans un cas de cystite, après la cessation des symptômes fébriles, le malade souffrait d'un violent ténesme. L'urine était très colorée et déposait une abondante masse gélatineuse et très filandreuse. L'extrait fluide de chimaphila, XX gouttes dans un demi-verre d'eau, une cuillerée à café toutes les heures, amena du soulagement. (*Medical Current*, sept. 1889.)

Solution pour injection hypodermique de sel de quinine. — MM. Villejean et de Beurmann conseillent la formule suivante :

Acide chlorhydrique pur (D. 1,045).....	ãã 10 gr.
Chlorhydrate basique de quinine........	

Cette solution serait peu douloureuse et ne serait pas suivie d'abcès.

Une seringue entière de Pravaz

représente 0,75 de sel de quinine. (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 9 janvier 1890.)

SOLUTION DE CAFÉINE POUR INJECTION HYPODERMIQUE. — M. Huchard conseille la formule suivante :

Caféine............	4 gr.
Salicylate de soude.	3 gr. 10
Eau distillée.......	6 gr.

Chaque seringue de Pravaz contient 0,40 de caféine. Ces injections sont conseillées simultanément avec les injections d'éther pour remonter les forces dans les états adynamiques (pneumonies, fièvres pernicieuses algides) et les affections du cœur. (*Id.*)

PROPRIÉTÉS DE LA MÉTHACÉTINE.— Ce médicament a une action assez analogue à celle de l'antipyrine. A la dose de 0,30 à 0,40, il abaisse la température en amenant de la transpiration. Dans la fièvre intermittente, il abaisse la température mais ne réussit pas comme le sulfate de quinine.

Il paraît calmer les douleurs de l'ataxie locomotrice, la céphalalgie, le rhumatisme musculaire et les névralgies (*Wiener med. Blatter*, n° 28, 29, 1889).

UN CAS D'EMPOISONNEMENT PAR L'ANTIFÉBRINE. — Les symptomes principaux de l'empoisonnement furent de la diarrhée intenses avec selles gris-noirâtres, une profonde sensation du froid, et de l'hypothermie. Le malade se rétablit lentement. Les urines donnèrent la réaction de l'aniline. (*Munch. med. Wochen.* N° 19, 1889.)

INTOXICATION STRYCHNIQUE. — Un adulte, empoisonné par quelques centigrammes de strychine dans du beurre, a eu un empoisonnement lent, probablement à cause du beurre qui a retardé l'absorption. Il a présenté les troubles tétaniques classiques et a guéri.

Un symptome qui n'avait pas été signalé jusqu'ici et que le malade a éprouvé est la néphrite. Le malade a eu avec un mouvement fébrile appréciable, de l'albumine, des cylindres hyalins et des globules de sang dans l'urine. L'albumine a disparu en 15 jours. (*Deutsche med. Woch.* n° 22,1887.)

Le Directeur-Gérant, P. JOUSSET.

Paris - Typ A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3

L'ART MÉDICAL

MARS 1890

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

DEUXIÈME LEÇON.

DES FORMES DE LA GRIPPE. OBSERVATIONS ET TRAITEMENT.

Tant à l'hôpital qu'en ville, nous avons observé une centaine de cas de grippe et il serait aussi inutile que fastidieux de vous faire en détail l'histoire de tous ces malades, sur 76 desquels nous avons pris une note. J'ai pensé qu'il était préférable de vous présenter un résumé des observations.

La forme fébrile sans catarrhe a été fréquente, le nombre des cas s'élève à 30 (1).

Vient ensuite la forme catharrale, 40 cas, dont 21 avec bronchite simple, 10 avec broncho-pneumonie, 6 avec pleurésie et 3 avec otite.

La forme rhumatoïde nous a fourni 11 cas et j'ai observé un cas de forme cholérique.

1° *Forme fébrile continue.* — Le début fut presque toujours brusque et le mouvement fébrile atteignait son

(1) Dans deux cas le mouvement fébrile affecta surtout le type intermittent.

apogée dès les premières heures de la maladie ; la température s'élevait presque toujours à 40° ; le pouls était fort et fréquent ; la face colorée.

Les yeux larmoyants comme dans la rougeole et quelquefois un très léger mal de gorge, constituaient les seuls symptômes catarrhaux de cette forme. Une céphalalgie violente et une courbature généralisée accompagnaient le mouvement fébrile. L'inappétence était complète quelquefois avec un état nauséeux, la langue était saburrale et quelquefois un ou plusieurs vomissements bilieux signalèrent le début de la maladie.

La durée de cette forme fut toujours très courte, vingt-quatre heures suffit habituellement à son évolution, qui n'excéda jamais la durée de trois jours ; mais presque toujours la convalescence fut longue et caractérisée par de la faiblesse, de l'insomnie et surtout, une inappétence excessive. Nous avons observé ce genre de convalescence dans toutes les formes de la grippe.

L'*aconit* fut le médicament unique de cette forme, dont il atténuait les symptômes, sans que nous puissions dire qu'il ait beaucoup abrégé la durée de la maladie. Nous avons eu, en effet, dans la salle des hommes un malade atteint de la forme fébrile continue, qui présentait le soir à son arrivée 40°. Ce malade ne reçut aucun médicament, et cependant, le lundi matin, trente-six heures après son entrée, la température était tombée à 37° et la convalescence commençait.

2° *Forme fébrile intermittente.* — Nous avons observé deux cas que nous rangerons dans la forme intermittente parce que le mouvement fébrile affecta le type tierce, cependant, dans ces deux cas, il y eut coïncidence d'une

affection catarrhale : chez un enfant il existait une toux fréquente sans râle fin dans la poitrine, chez une autre la bronchite était beaucoup plus intense et, pendant le quatrième accès, on put constater du râle crépitant et du souffle.

J'ai vu en consultation un troisième malade atteint de la forme intermittente à type tierce, mais ici l'état fut excessivement inquiétant car la fièvre présenta tous les caractères de la pernicieuse algide.

Le *sulfate de quinine* fut, comme il était aisé de le prévoir, le grand médicament de cette forme, seulement nous avons observé qu'il fallut l'administrer plus longtemps et à plus forte dose que dans la fièvre paludéenne. Dans le cas de fièvre algide le danger est pressant, nous eûmes recours aux injections hypodermiques de lactate de quinine concurremment avec le sulfate administré à l'intérieur. La malade guérit.

3° *Forme rhumatoïde.* — On se ferait difficilement une idée de l'intensité des douleurs dans cette forme de la grippe ; elles siègent dans les muscles, occupent les membres, le tronc et la tête. Le plus souvent la fièvre fait défaut. La durée de cette forme a rarement dépassé un demi-septenaire.

Dans quelques cas, les douleurs revenaient sous un type intermittent, absolument régulier, et pendant la nuit. Sur huit cas de ma pratique civile, j'ai observé trois fois ces accès nocturnes.

Dans ma précédente leçon, à propos du traitement général de la grippe, je vous ai donné les indications de l'*eupatorium*, du *rhus* et de la *bryone*, qui constituent le traitement de cette forme. *L'antipyrine* a beaucoup soulagé

les malades, dans le petit nombre de cas où je l'ai administrée.

Quand les douleurs revenaient sous le type intermittent, le *sulfate de quinine* administré à la dose de 60 centigrammes à 1 gramme, a réussi très rapidement.

Une femme de notre service atteinte de cette forme et guérie par eupatorium a présenté dans la convalescence les symptômes d'un rhumatisme poly-articulaire aigu sans fièvre, a guéri rapidement par l'administration du sulfate de quinine, à la dose de 30 centigrammes *en 6 fois dans* la journée.

4° *Forme catarrhale. — Variété catarrhale simple.* — Cette variété pourrait s'appeler laryngo-trachéite d'après le siège de la lésion ; la plupart du temps cette forme parcourait ses périodes sans fièvre ; quand la fièvre existait, elle était peu intense et de courte durée. Dans quelques cas elle présenta le type intermittent. La toux était fréquente, très fatigante, par quintes, surtout la nuit.

Quand il existait de la fièvre, l'*aconit* fut administré à la dose d'un gramme par jour, le *sulfate de quinine* trouva son indication contre le mouvement fébrile intermittent, mais le remède principal de la toux grippale fut *rumex crispus* dont je vous ai donné les indications dans la leçon précédente.

Variété broncho-pneumonique. — Cette forme est de beaucoup la plus importante, c'est à elle surtout, qu'il faut attribuer la mortalité dans cette épidémie.

La maladie débuta presque toujours par de petits frissons répétés plusieurs fois dans la journée ; souvent le point de côté fut nul ; l'expectoration ne présenta jamais

le caractère qu'elle revêt dans la pneumonie franche, elle fut habituellement glaireuse, transparente, sans viscosités, et rarement striée de sang (1). Le mouvement fébrile affecta un type rémittent et quelquefois franchement intermittent ; jamais je n'ai observé le type continu propre à la pneumonie franche. L'auscultation permettait de percevoir des râles sous-crépitants, des râles crépitants fins, et du souffle suivant l'état de la lésion.

Ces signes sthétoscopiques existaient le plus souvent des deux côtés. Cependant, dans quelques cas ils étaient limités à une partie de l'un des deux poumons, et la maladie, quant à la lésion, présentait les caractères de la pneumonie, mais même dans ces cas le tracé thermique affectait les caractères de la fièvre catarrhale.

La *bryone* et l'*ipéca* alternés constituaient la base du traitement.

Tartarus et *phosphore* furent administrés suivant leurs indications.

Dans quelques cas la maladie fut très longue. Une fois elle se prolongea pendant trois semaines ; et dans un cas, l'induration pulmonaire avec fièvre persistait encore dans la septième semaine. Cette longueur excessive de la maladie se rencontre quelquefois dans la broncho-pneumonie de la rougeole.

OBS. I. *Broncho-pneumonie double à forme grippale.* — X..., 78 ans, entre à l'hôpital Saint-Jacques le 19 décembre 1889. Petite salle nº 5. Il est arrivé à l'hôpital avec le diagnostic d'hémiplégie, porté par un médecin de la ville. Alcoolique.

L'examen montre seulement un peu de parésie du côté gauche

(1) Dans les cas graves elle devenait puriforme et extrêmement abondante.

du corps ; la sensibilité est intacte ; l'intelligence est un peu diminuée.

Le malade présente quelques phénomènes nerveux, agitation, insomnie. La fièvre est à 38° le soir. Le pouls est rapide.

On donne belladona (6).

Le 20-21. La fièvre monte le soir à 38°. L'agitation continue. Le 21 apparaît de la suffocation ; le malade tousse un peu, une des pommettes est surtout très colorée.

Le soir du 21 la température monte à 39°.

Le 22. Le malade a rendu pendant la nuit un plein crachoir d'une matière épaisse et puriforme.

Examen de la poitrine : à la percussion submatité aux deux bases, dans une petite étendue. Les vibrations thoraciques ne sont pas sensiblement altérées.

A l'auscultation on entend des deux côtés de la poitrine, en avant et en arrière des râles fins sous-crépitants, mêlés à des râles à grosses bulles et à des râles sibilants.

La dyspnée augmente.

On prescrit arsenic (3).

Température matin 38°, 39° soir.

Le 23. T. 38° matin.

Le malade se plaint d'une douleur dans la poitrine. On prescrit bryone (6).

L'expectoration est considérable et de même nature. La dyspnée semble avoir un peu diminué.

Le soir de ce jour, t. 39°.

Le 24. Pas de rémission de la température, le matin, 39°. La dyspnée est devenue plus forte ; le malade suffoque ; le pouls est petit et rapide.

A l'auscultation, généralisation dans toute la poitrine de râles sous-crépitants de toute forme.

On prescrit bryone et arsenic (6).

La température monte le soir à 40°.

Le 25. Température 38,5.

A l'auscultation, râles de plus en plus nombreux. L'expectoration est plus pénible ; le malade éprouve des vives douleurs dans la poitrine. Arsenic, bryone.

Le soir, la température monte à 40°,2.

Mort dans la nuit.

Obs. II. — *Pneumonie grippale.* — X..., 63 ans. Hémiplégique, en traitement à l'hôpital Saint-Jacques, Petite salle, n° 2, depuis plusieurs mois. Se trouve en contact avec plusieurs malades atteints de l'épidémie de grippe.

Le 22 décembre 1889. Ce malade commence par se plaindre le soir de maux à la tête, de courbature.

Un peu de catarrhe oculaire.

Le 23. Gêne dans la respiration. Anxiété. A l'auscultation quelques râles sous-crépitants aux deux bases, surtout à droite.

On prescrit belladona (6).

La température qui était le matin à 39° tombe le soir à 38,2.

Le 24. La température remonte le matin à 39°. Toux, expectoration légère, douleurs dans le côté droit. Dyspnée. A l'auscultation, l'engouement pulmonaire à augmenté : râles sous-crépitants plus nombreux. Pouls 92.

On prescrit phosphorus (6).

La température tombe le soir à 38,7.

Le 25. Le matin t. 38,5. Phosphorus a diminué la fièvre, mais les douleurs thoraciques existent toujours. Expectoration pénible. Bryone (6) et ipéca (6).

La température descend le soir à 38°.

Le 26. Température matinale 38,5.

La dyspnée est plus considérable ; le malade a des difficultés pour cracher. Auscultation ; généralisation des râles sous-crépitants.

Pouls 96. Médicaments : tartarus, arsenic (6).

La température monte le soir à 38,7.

Le 27. Température matinale 37,2.

Le malade a rendu quelques crachats, épais, adhérents et rosés. Mais il existe une grande dépression des forces, une dyspnée toujours croissante; de gros râles encombrent la poitrine. Le pouls est petit et fréquent ; moins de chaleur à la peau, sueurs.

On prescrit carbo vegetabilis (30).

La température remonte le soir à 37,8.

A 10 heures du soir, le malade asphyxiait. Collapsus et mort dans la nuit.

Obs. III. — *Grippe, broncho-pneumonie légère.* — X..., cultivateur, 48 ans. Avant son entrée à l'hôpital, petite salle, n° 4 (quelques jours avant seulement) a eu la grippe ; depuis il a beaucoup fatigué et il a fait une rechute qui l'amène à l'hôpital Saint-Jacques le 7 janvier.

Le malade a un peu de toux, dyspnée légère, quelques crachats visqueux ; éprouve de la chaleur intra-thoracique. La face est rouge. La température n'est pas très élevée ; elle marque seulement 38° le matin.

A la percussion, un peu de matité à la base du poumon gauche.

A l'auscultation, léger affaiblissement du murmure respiratoire ; râles fins sous-crépitants ; pas de modification des vibrations thoraciques.

On prescrit ipéca et bryone (6).

Le soir de ce même jour la température descend même au-dessous de la normale, qu'elle ne dépasse plus.

Le 8 janvier. Toux plus grasse, expectoration plus abondante.

Le 9. La température se maintient toujours à la normale. A l'auscultation, on entend des râles sous-crépitants un peu plus gros à la base du poumon gauche.

Le 10. Sueurs très abondantes.

Diminution des râles sous-crépitants. Disparition des douleurs dans la poitrine.

Le 11. Le malade éprouve du bien-être. Les signes à l'auscultation s'amendent de plus en plus. L'expectoration diminue beaucoup. Le malade demande à manger.

Le 12. On n'entend plus à l'auscultation que quelques râles sous-crépitants. Le malade se lève. Les douleurs et la toux n'existent plus.

Le 13. On n'entend plus de râles à l'auscultation qui ne présente qu'un peu d'obscurité à la base. Le malade est considéré comme guéri.

Suppression d'ipéca et bryone.

Obs. IV. — *Grippe, broncho-peumonie.* — X..., ans. Profession, laitier. Entré à l'hôpital Saint-Jacques le 3 au soir, salle commune, n° 10. Convalescent de la grippe, il a commis une imprudence qui le force à s'aliter de nouveau.

Soir. Température 38,5.

Le 4. Aspect extérieur. Le malade est très affaissé, pommettes rouges. Se plaint d'une vive douleur, particulièrement dans le côté gauche, cette douleur a été précédée de plusieurs frissons.

A la percussion, matité localisée en plusieurs points aux bases, particulièrement à gauche ; entre les points mats, parties sonores, siège de l'emphysème compensateur.

A l'auscultation, affaiblissement du murmure vésiculaire en certains endroits, respiration non tubaire, mais soufflante. quelques râles sibilants mélangés avec des râles sous-crépitants fins.

Expectoration dont la couleur se rapproche de celle de la pneumonie ; crachats pas absolument rouillés.

Pour combattre l'engouement pulmonaire et la douleur, on prescrit :

Ipéca et bryone (6) alternés.

T. m. 38,9. Soir 39,5.

Le 5. Température matinale 38°.

La nuit a été mauvaise. Toux, points douloureux. La température monte le soir à 40,3.

Le 6. La douleur thoracique étant le symptôme dominant, on prescrit :

Bryone (T M) III gouttes. Température vespérale 39,5.

Le 7-8. Les signes stéthoscopiques se sont modifiés ; les râles sous-crépitants sont devenus plus gros et plus humides ; le souffle a diminué d'intensité.

La température descend à la normale.

Le 9. La dépression des forces étant considérable, on donne arsenic (6), bryone (6).

Le 10. Même médicament; la température continue à descendre jusqu'au 36°, le soir.

Le 11. Les points douloureux ont bien diminué ; à l'auscultation râles sous-crépitants fort nombreux et à grosses bulles.

La dyspnée étant considérable, l'expectoration difficile, on donne un médicament nouveau, tartarus (6) mais à faible dose, afin de ne pas augmenter la prostration du malade par le médiment.

Le soir, température 36°.

Le 12-13. Continuation du même médicament. Expectoration abondante. Le malade est toujours déprimé, mais ne souffre pas. La température ne remonte pas.

Le 14-15. Changement de la dose du médicament. Tartarus (1e trit. cent.) 0,10.

Le malade n'a aucun appétit. Prostration. Toux. Température vespérale 36°.

Le 16. Diminntion des râles sous-crépitants et de l'expectoration. Le malade tousse un peu encore. On prescrit phosphorus (6).

Le 18. La température remonte à 37°. Le malade semble reprendre des forces et commence un peu à manger.

Diminution de plus en plus grande des râles sous-crépitants.

Le 20. A l'auscultation on entend encore du souffle,la voix est retentissante; il reste encore quelques noyaux d'hépatisation pulmonaire.

Le 26. Continuation du phcsphorus à la même dose jusqu'au 26. A cette date, le malade commence à se lever pendant quelques instants ; l'appétit est revenu.

A l'auscultation toujours un peu de souffle, à la base gauche.

Le 27. On remplace le phosphore par sulfur (30).

Ce jour-là remise de l'observation.

OBS. V. — *Grippe, broncho-pneumonie double.* — X..., 27 ans. Profession, chaudronnier. Entré à l'hôpital Saint-Jacques le 6 janvier, salle commune, n° 12. Quelques jours auparavant a contracté l'épidémie de grippe. Dans le cours de cette maladie il a senti tout à coup plusieurs frissons, un point de côté à gauche, puis la toux est arrivée, fréquente et déchirante.

A l'examen, les premiers signes objectifs que l'on voit sont les suivants : toux, dyspnée très considérable, crachats abon-

dants, épais et jaunes, pouls fort et rapide, grande chaleur à la peau qui est en même temps moite.

Percussion : matité aux deux bases, mais pas très étendue.

Les mains appliquées sur les parois de la poitrine perçoivent une sensation de frottement dans l'inspiration.

A l'auscultation, on entend seulement à l'inspiration des râles ronflants et des râles sous-crépitants un peu secs. Cette sécheresse et le manque de modifications produites par la toux, la matité, la réunion de plusieurs frissons au lieu d'un frisson unique, avaient même pu en imposer un instant pour un début de pleurésie ; en effet tout à fait au début, ces râles sous-crépitants un peu secs entendus seulement à l'inspiration, ressemblaient à du frottement pleurétique. Ces râles étaient entendus des deux côtés de la poitrine en avant et en arrière.

Médicaments : ipéca 6 et bryone 6.

Le soir de ce jour la température était à 38°.

Le 8. T. matinale 37,5.

Insomnie, expectoration très abondante. Sueurs, toux.

T. soir 38°.

Le 9. T. matinale 37°, la toux semble avoir un peu diminué, mais les râles ont augmenté de volume, sont devenus très humides ; expectoration toujours abondante.

T. soir 38,5.

Le 10. T. matinale 37°. Le malade éprouve pour la première fois du bien-être. Bryone a calmé les points douloureux ; d'un autre côté la toux a notablement diminué ; les râles deviennent de plus en plus humides et gros, sans augmenter d'étendue ; grande expectoration. On prescrit tartarus emeticus (6).

Le 11. T. matinale 37°. L'expectoration s'est encore accrue le malade n'a plus de dyspnée. Diminution des râles.

T. soir 36,7.

Le 12. T. matinale 36,7. Les râles disparaissent et se localisent aux bases seulement.

T. soir 36,7.

Le 13. Pas de fièvre ; l'expectoration a diminué comme les râles ; la respiration normale commence à s'entendre aux bases ; le malade peut être considéré en voie de guérison.

Variété pleurétique. — J'ai observé 6 cas de pleurésie dans le cours de cette épidémie de grippe. En général la maladie fut bénigne et de courte durée. Cette bénignité s'observa même dans les cas où l'épanchement a été double. Chez une malade qui présenta une pleurésie succédant à une pneumonie en voie de résolution, l'inflammation se propagea à la plèvre diaphragmatique, et la malade mourut, subitement, le sixième jour de l'épanchement.

Presque toujours, la pleurésie se compliqua d'un certain degré de bronchite, et dans deux cas, la bronchite évolua concurremment avec la pleurésie, et donna à la maladie l'apparence d'une phthisie aiguë. A l'exception de cette variété, la pleurésie grippale, nous l'avons dit, fut de courte durée.

Dans deux cas, elle se termina avec le premier septenaire, dans un autre, la durée fut de treize jours, et dans un quatrième cas, dix-huit jours.

La *bryone*, *l'aconit*, et la *cantharide* furent les principaux médicaments employés.

Obs. VI. — *Grippe, pleurésie.* — X..., 29 ans, employé. Entre le 2 janvier au soir à l'hôpital Saint-Jacques, Petite salle n° 2, avec une température de 39°. L'interrogatoire nous apprend que ce malade a eu de la grippe.

Il a ressenti tout à coup des frissons, un point de côté dans la région du mamelon droit, du reste le décubitus se fait sur le côté droit.

A la percussion matité dans le tiers inférieur du côté droit; du même côté, sous la clavicule, son skodique.

A l'auscultation absence de murmure vésiculaire, égophonie et pectoriloquie aphone peu nettes.

Le pouls est petit, dur, accéléré.

Le 3. Le point de côté étant violent, on prescrit à la visite du lendemain bryone (6).

T. m. 38°; T. s. 38°.

Le 4-5. L'épanchement a augmenté. Même médicament.

Le 6. Le point de côté est diminué par bryone. On s'attaque alors à l'épanchement et on prescrit cantharis (3). Différence de 1 degré (38,5-37,5) entre la température du matin et du soir.

Chute de la température, le premier jour où le malade prend ce médicament; du reste cette chute ne concorde pas du tout avec une modification dans l'épanchement qui a plutôt augmenté que diminué.

Le 7 au soir la température remonte à 38,3. Pas de dypsnée; pas de point de côté.

Le 8-9. Epanchement stationnaire.

Un peu de fièvre le soir.

Continuation du même médicament, cantharis (3).

Le 10. La température se remet définitivement à la normale pour n'en plus sortir jusqu'à la fin de la maladie.

Le malade se couche toujours sur le côté droit.

Mêmes signes pour la percussion et l'auscultation excepté qu'on entend un souffle plus rude.

Le 13. Le souffle n'est pas aussi rude; pendant la nuit le malade a eu des sueurs très abondantes; l'épanchement commence à céder mais moins vite que dans un cas analogue de la grande salle.

Le 14. Diminution très nette de l'épanchement coïncidant avec une extension du murmure respiratoire.

Le 15. Amélioration dans l'état général; le malade demande à manger.

Le 17. L'épanchement diminue, mais lentement. On prescrit encore cantharis jusqu'au 20.

Le 20. Encore un peu de liquide à la base droite. Frottements. Pour chasser les dernières traces d'épanchement, on donne un nouveau médicament hepar sulfuris (6). Le malade se lève.

Le 23. Bon effet de ce médicament.

Un peu d'obscurité seulement de la respiration du côté droit.

L'appétit est bon. Le malade se lève toute la journée.

Le 25. Le malade quitte ce jour-là l'hôpital sans aucun signe morbide.

Obs. VII. — *Grippe, pleurésie double*. — X..., 36 ans, fabricant de couleurs, entre à l'hôpital Saint-Jacques, salle commune n° 11, le 2 janvier pour grippe. Au début prédominaient les symptômes nerveux de la grippe.

Rhus toxicodendron fut donné pendant deux jours (3 et 4 janvier).

Le 5. Puis l'élément catarrhal de la grippe étant venu se surajouter à l'élément nerveux ; la fièvre catarrhale étant montée le soir à 40° ; quelques râles muqueux existant dans la poitrine, on donne ipéca et bryone (6) et sulfate de quinine 1 gr. à prendre le lendemain matin s'il y a intermittence dans la température.

T. m. 39,2 ; t. s. 39°.

Le 6. Température matinale 39°.

La toux étant incessante avec un peu d'expectoration, on donne rumex crispus (6).

Le soir la température est de 38°.

Le 7. Température matinale 36,7. La toux ne s'amendant pas et l'expectoration étant difficile (quelques crachats muqueux seulement) on donne rumex crispus (T M) III gouttes.

Le 8. T. soir 38,2.

La température matinale est de 37,5. Rumex crispus a produit un bon effet sur la toux et sur l'expectoration.

Température le soir 37°.

Le 9. Brusquement la température est montée le matin à 39°. Le malade a eu de nouveaux frissons, un point de côté très douloureux à droite ; dyspnée.

La percussion donne de la matité aux bases dans une limite assez étendue.

L'auscultation ne permet d'entendre aucun bruit dans cette région. Pas d'égophonie, mais légère pectoriloquie aphone. Du reste à la fin de l'expiration on entend un signe bien caractéristique, un souffle lointain et voilé.

On porte le diagnostic de pleurésie et on prescrit aconit (T M) XL gouttes.

Température le soir 38°.

Le 10. Température matinale 37°.

L'épanchement semble avoir augmenté ; on le constate par la matité hydrique et par un souffle bronchique entendu aux deux temps qui a remplacé le souffle voilé et lointain de l'expiration.

Aconit (T M) XXX gouttes.

Température le soir 38°.

Le 11. L'épanchement est le même, mais la température a diminué (moins de 37°), moins de dyspnée, pas de point douloureux. Sueurs abondantes.

Température soir 37,5.

Le 12. Température matinale 36°.

Continuation à l'aconit.

Température vespérale 36,5. A partir de ce jour le malade n'a plus de fièvre.

Le 13. La matité a augmenté légèrement malgré la défervescence.

Le 14-15. Même état. Le malade dort la nuit et ne souffre nullement.

Le 18-22. Douze jours après le début de la pleurésie, l'épanchement commence à se résorber, le malade n'ayant pris pendant tout ce temps que l'aconit.

Le bruit respiratoire s'entend un peu plus bas.

Le 24. L'épanchement disparaît rapidement. Un peu de matité seulement aux bases ; frottements.

Le 27. Le bruit respiratoire s'entend presque dans toute la poitrine. Mais le malade est affaibli par des sueurs abondantes, comme on en voit dans la convalescence de la grippe.

Contre ces sueurs on prescrit diadema.

OBS VII. — *Grippe, pleurésie avec broncho-pneumonie, ayant simulé la phthisie aiguë.* — J. P..., âgée de 17 ans, entrée le 17 décembre 1889, salle commune, lit n° 7. Aucune maladie antérieure.

Père et mère bien portants.

Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, douleur vive dans le côté gauche, accélérée par la marche, l'ascension d'un escalier

et les inspirations larges. En même temps, céphalalgie, crampes dans les jambes ; anorexie, fièvre le soir.

Huit jours plus tard, quintes de toux fréquentes, courbature générale plus forte, essoufflement. Toux persistante. Insomnie. Forcée de s'aliter.

Entre le 17 décembre à Saint-Jacques, se plaignant de douleurs vives dans le côté gauche ; présentant une faiblesse très grande, fièvre forte (+ 39° au thermomètre) impossibilité de marcher sans être essoufflée, anorexie, langue saburrale, pommettes rouges et saillantes, céphalalgie violente lors d'un mouvement brusque. Malgré la température élévée, lenteur du pouls. En outre, sur les bras et les jambes éruption érythémateuse. Aucune douleur dans la région abdominale. Constipation.

A la palpation du côté gauche, douleur à la base en arrière et en avant. A la percussion, en arrière, à gauche, à la base également, matité considérable. A l'auscultation, dans cette région, absence de murmure vésiculaire, égophonie. Vers le milieu du thorax, toujours du même côté et en arrière, râles sous-crépitants. Au sommet, respiration soufflante. En avant, du même côté, submatité : gros râles sous-crépitants. Aconitum (T M) XX gouttes.

Le 18. En arrière, à gauche, vers le milieu du thorax, souffle localisé dans la gouttière costo-vertébrale. Toujours l'épanchement occupe le même niveau et n'a pas augmenté. Râles sous-crépitants id. Aconitum (T M) XL gouttes.

A noter : malgré l'ascension élevée du thermomètre, pouls très lent.

Le 20. Aucune modification. Toujours douleur de côté. Ipéca et bryonia (6).

Lenteur du pouls.

Le 26. Encore un peu de souffle le long de la colonne vertébrale. Le sommet gauche est dégagé. En avant, à gauche, la submatité a disparu et l'on n'entend plus les râles sous-crépitants.

Le 27. Râles sibilants en avant à l'expiration.

Le 28. Epanchement persistant. Tousse un peu moins. Aconitum (T M) XXX gouttes.

Notons que l'ascension thermique augmente toujours avec dépression des forces, amaigrissement et toux persistante.

Se trouve-t on en présence de phénomènes compliquant une grippe ou d'une tuberculose à marche rapide? Problème difficile à résoudre en ce moment.

Le 29. Contre reste d'épanchement, cantharis (3) X gouttes.

Le 31. Depuis les deux jours que cantharis est prescrit, tousse davantage. Point de côté persistant. Aconitum (T M) XXX gouttes. Bryonia (T M) X gouttes.

Le 2 janvier. Tousse encore plus. A la base gauche, souffle et râles crépitants. Ipéca et bryona (6).

Ce traitement est continue pendant quatre jours. Etat stationnaire. Fièvre avec oscillations bien marquées. Douleur à l'épaule droite et au côté droit. S'est levée depuis trois jours, et est restée deux heures dans la salle, sans ressentir trop de fatigue.

Le 6. A l'auscultation, frottements pleuraux à la base gauche. Plus rien en avant. Diarrhée assez forte. Ipéca (1° trit. dec.) 0,20.

Le 7. Plus du tout de diarrhée.

Le 8. L'épanchement a complètement disparu à gauche. Point douloureux persistant à droite. Toux persistante. Toujours fièvre. Malgré fièvre, prend potages, œuf, et un peu de pain. Contre toux drosera (T M) XX gouttes.

Continue à se lever quelques heures dans la salle. Etat stationnaire.

Le 17. A l'auscultation et percussion, on trouve léger épanchement à la base droite en arrière. S'est peut-être un peu trop levée. Du côté gauche également, un peu de liquide. Repos complet au lit. Cantharis (3).

Le 20. Epanchement a disparu des deux côtés. Mais reste toujours fièvre, moins forte cependant. Hepar sulf. (6).

Le 23. Va bien, sauf + 38° de fièvre le soir. Contre cette température phosphorus (6).

Le 24. Rien à l'auscultation, même stéthoscopique, sauf dans les points où l'épanchement s'est produit, où l'on entend peu la respiration. A partir du 26, plus de fièvre du tout. Alimentation. Phosphorus.

Variété compliquée d'otite. — L'otite moyenne suppurée est une complication fréquente dans cette épidémie de grippe ; elle succédait toujours au coryza ; très souvent, l'inflammation se propagea à l'apophyse mastoïde, et, ici, dans cet hôpital, j'ai eu trois fois l'occasion de faire pratiquer la trépanation de cette apophyse; une fois, chez une malade, dont la grippe évolua à l'hôpital ; les deux autres entrèrent quand la maladie était déjà déclarée.

L'alternance de la *pulsatille* et de la *belladone* suffirent à la cure de cette maladie dans la plupart des cas.

Obs. IX. — *Grippe suivie d'otite.* — Mlle D. D..., 30 ans. Père mort à 45 ans d'occlusion intestinale. Mère morte à 42 ans, suite de fièvre typhoïde. Pneumonie à 20 ans. Rhumatisme à 25 ans. Santé délicate.

Entre à l'hospice le 2 janvier 1890, salle commune, n° 15. Dix jours avant son entrée, courbature, fatigue générale, mal aux reins, céphalalgie violente, catarrhe du nez et des yeux, fièvre ; soignée pour grippe.

Depuis trois jours sa maladie évoluait, quand elle sentit de violentes douleurs dans l'oreille droite, avec irradiation dans la région mastoïdienne et temporale.

Lors de son entrée à Saint-Jacques : les phénomènes catarrhaux et nerveux de la grippe avaient disparu. Restait cette douleur auriculaire très violente. En outre écoulement de pus par le conduit auditif. Diagnostic : otite moyenne suppurée, suite de grippe. Le premier jour, à cause de la douleur vive, belladona (3). Pas de température.

Le 3. Le lendemain, moins de douleur. Pulsatilla (3) et injections d'acide borique (3/100) par le conduit auditif externe.

La pulsatille seule est continuée pendant quatre jours. L'état de la malade reste stationnaire.

Le 8. Les douleurs auriculaires deviennent plus vives et s'irradient jusque dans la région frontale et occipitale, empêchant le sommeil. Pulsatilla (3) jour et belladona (3) nuit.

Pendant sept jours, même traitement. Une amélioration progressive se produit. L'écoulement s'arrête peu à peu. La malade est sortie le 16 janvier, pouvant reprendre son service de femme de chambre.

Vous avez dû remarquer, Messieurs, que dans le traitement de la grippe, nous avons employé les médicaments à des doses bien différentes. L'aconit et le sulfate de quinine, par exemple, ont été donnés à des doses très fortes; un gramme de *sulfate de quinine*, 20, 30 et 40 gouttes de teinture d'*aconit*. A côté de cela nous prescrivions, l'*ipéca*, la *bryone*, le *phosphore*, etc. à la sixième dilution. Nous vous devons l'explication des variations de notre posologie, et nous ne trouverons cette explication que dans l'étude de l'action des médicaments à doses différentes chez l'homme sain.

TROISIÈME LEÇON.

DES ACTIONS OPPOSÉES DES MÉDICAMENTS.

I. *De l'action des médicaments chez l'homme sain et chez l'homme malade.* —Nous vous l'avons déjà dit, Hahnemann est le premier médecin qui ait distingué, nettement, l'action des médicaments chez l'homme sain et chez l'homme malade. Non seulement, il a posé cette distinction comme un principe nécessaire dans l'étude de la matière médicale, comme une lumière qui devait éclairer un sujet si obscur jusqu'à lui, mais encore, joignant l'exemple au précepte, il a donné, avec la coopération de ses élèves, l'histoire de plusieurs centaines de médicaments en ob-

servant scrupuleusement cette distinction et fondé ainsi la matière médicale expérimentale.

Pourquoi disons-nous qu'il est nécessaire dans l'étude de la matière médicale de distinguer l'action du médicament chez l'homme sain, de son action chez l'homme malade?

C'est que ces deux actions sont toujours contraires et que si on ne les sépare pas nettement on arrive à constituer une histoire des médicaments contenant les symptômes les plus opposés, et par conséquent, sans valeur pour la thérapeutique. Exemple : la digitale à une dose déterminée chez l'homme bien portant produit des symptômes d'asystolie et cette même dose de digitale détruit chez le malade affecté d'insuffisance mitrale ces mêmes symptômes d'asystolie. Dans le premier cas, il produit la fréquence, la faiblesse, et l'irrégularité du pouls. Dans le second il ralentit le pouls, le régularise, et augmente sa force.

Direz-vous, comme on l'a fait, du reste, en dehors de l'école de Hahnemann, que la digitale ralentit le pouls et l'accélère, affaiblit les contractions cardiaques et leur donne de la force, que c'est à la fois un tonique et un débilitant du muscle cardiaque! N'est-ce pas là édifier une science contradictoire au premier chef, et par conséquent frappée d'impuissance!

Une dose déterminée de morphine produit chez l'homme sain des vomissements accompagnés de l'état nauséeux, de vertige, et d'un malaise allant jusqu'à la syncope ; les personnes atteintes du mal de mer, les femmes qui souffrent des vomissements opiniâtres de la grossesse, sont souvent soulagées et guéries par cette même morphine. Si donc vous ne distinguez pas l'action du médicament

chez l'homme sain et chez l'homme malade, vous enseignerez que la morphine est un médicament dont les actions sont contradictoires.

De même pour la cantharide qui produit la dysurie chez l'homme sain et fait disparaître ce symptôme chez l'homme malade.

De même la belladone qui comprend dans ses effets physiologiques la sécheresse de la gorge, la douleur en avalant, la céphalalgie, les hallucinations et qui fait disparaître ces symptômes chez les malades.

De même l'arsenic *fébrigène* et exanthémagène comme dit le professeur Imbert-Gourbeyre et qui guérit la fièvre intermittente et les exanthèmes.

De même le sublimé qui produit chez l'homme sain les selles dysentériformes avec coliques et ténesme même quand il est administré en dehors des voies gastro-intestinales, et qui guérit ces mêmes symptômes chez les malades.

De même la rhubarbe et la plupart des médicaments dits purgatifs qui produisent la diarrhée chez l'homme sain et la guérissent chez l'homme malade.

Donc, si nous ne distinguons pas radicalement l'action du médicament chez l'homme sain et chez l'homme malade, si nous confondons les actions physiologiques et les actions curatives, nous dirons que la cantharide produit sur la vessie deux effets contraires ; que la belladone donne un sommeil troublé de cauchemars et d'agitations et un sommeil tranquille, et l'arsenic produit l'élévation de température avec accélération du pouls et qu'il ralentit le pouls et fait baisser la température ; que le sublimé et tous les purgatifs produisent la constipation et la diarrhée.

Ces contradictions et ces obscurités de la matière médicale ne sont point des suppositions faites à plaisir, et encore aujourd'hui malgré la lumière qui s'est faite particulièrement sur ces études depuis Hahnemann, on en rencontre des exemples nombreux ; ces exemples sont particulièrement frappants dans l'histoire de la digitale, de l'aconit, du colchique et du fer.

Nous devons remarquer que cet effet opposé d'un même médicament sur l'homme sain et sur l'homme malade constitue une démonstration irréfutable de la loi de similitude, puisqu'il résulte de ces faits qu'un médicament fait disparaître chez un malade le même symptôme qu'il produit sur l'homme sain.

II. *Actions alternes des médicaments chez l'homme sain produites par des doses différentes.* — Nous venons de voir que les symptômes produits par un médicament chez l'homme sain étaient le contraire des symptômes produits par ce médicament chez l'homme malade. C'est là une première question.

Un second problème, c'est que le même médicament produit des effets différents chez l'homme sain suivant qu'il est administré à petite ou à forte dose. Cette vérité expérimentale signalée plusieurs fois dans la tradition éclate irrésistiblement dans la matière médicale homœopathique. Notre grand physiologiste Claude Bernard l'a formulée dans les termes suivants. « Toute substance qui, à petite dose, excite les propriétés ou les fonctions d'un élément anatomique, les anéantit à haute dose. »

A cette formule physiologique je préfère la suivante parce qu'elle se borne à exprimer le fait sans en expliquer le mécanisme :

« Les substances médicamenteuses produisent chez l'homme sain deux effets différents habituellement opposés suivant qu'elles sont administrées à petite ou à forte dose ». Hahnemann dans sa préface des *Fragmenta* avait exprimé la même idée en disant que : les doses moyennes et petites produisaient l'effet secondaire.

Exemples : une petite dose de café produit une augmentation des forces corporelles et intellectuelles, une accélération du pouls, une augmentation des urines, et un sentiment de bien-être général ;

Dans les empoisonnements par la caféine nous relevons des effets tout autres : pertes des forces, collapsus, pouls petit et irrégulier, douleurs névralgiques variées, diminution des urines.

Une petite dose d'opium augmente les forces musculaires, accroît l'appétit et chasse le sommeil ; une dose forte jette dans la somnolence et dans le coma.

La plupart des médicaments purgatifs à haute dose produisent la constipation à faible dose ; au contraire, les diurétiques administrés à dose forte produisent la diminution et la suppression des urines.

Comment donc accepterons-nous comme une règle la formule de Claude-Bernard : les doses faibles produisent toujours l'excitabilité des fonctions et les doses fortes leur anéantissement, puisque nous voyons le contraire dans l'action des diurétiques.

Les purgatifs produiraient donc une suractivité de la fonction intestinale une action en plus, pour les doses fortes ; et une diminution de ces mêmes fonctions une action en moins par les doses faibles, tandis que les diurétiques au contraire produiraient l'exaltation de la fonc-

tion par les doses faibles et sa diminution par les doses fortes.

On voit par ces exemples qu'on pourrait aisément multiplier que dans leur sens général les symptômes produits par les doses fortes sont *opposés* à ceux produits par les doses faibles et cependant nous n'avons pas voulu encore caractériser par ce mot : opposé, la différence de l'action des doses fortes et des doses faibles, nous attendons pour cela, d'avoir exposé la question dans son ensemble.

III. *Effets alternes produits par une dose unique.* — Nous allons maintenant à un troisième problème : un médicament administré à une dose unique produit successivement deux effets opposés. Hahnemann avait formulé cette loi, dès 1805, dans ses *Fragmenta* : « Les médicaments produisent deux effets ; l'un qui survient immédiatement, et l'autre tardivement ; ces effets sont diamétralement opposés. »

Ce fait d'expérieuce est tellement général qu'il est accepté de toutes les écoles ; chacun sait en effet, que l'opium (1) qui dans son action immédiate produit le sommeil est suivi d'insomnie ; que les purgatifs produisent la constipation ; et que les agents qui déterminent tout d'abord un refroidissement général amènent ensuite une élévation de température. Telle est la règle générale voyons maintenant les exceptions.

Appelons, pour n'en pas préjuger la nature ces deux actions ; primitive et secondaire, et voyons quelles sont

---

(1) Voir les exemples à la page 276, de l'*Art médical*, octobre 1889.

les exceptions qu'elles présentent dans leur mode d'apparition.

1er *Cas.* — L'action secondaire peut apparaître d'emblée quand la dose est très forte sans que l'action primitive se manifeste jamais. Exemple : une forte dose de digitale produit directement une asystolie mortelle sans être précédée du ralentissement du pouls et de l'augmentation de la pression artérielle qui constituent l'effet primitif des petites doses :

L'opium, la belladone, produisent un coma et un collapsus rapidement mortels et non précédés de la période d'excitation habituelle.

La strychnine administrée à dose considérable produit directement la paralysie musculaire et la mort sans passer par la période convulsive ordinaire.

2e *Cas.* — Les symptômes primitifs peuvent devenir secondaires quant à leur apparition ; ainsi dans les exemples précédents si la mort n'arrive pas à la suite des doses toxiques, les effets dits primitifs se produisent pendant la convalescence. A l'asystolie produite directement par de fortes doses de digitale succède le ralentissement du pouls et la tension artérielle, effet habituel des petites doses. Au coma produit par la belladone, l'opium, succèdent les hallucinations et l'insomnie ; et quand les grenouilles frappées directement de paralysie musculaire par des doses fortes de strychnine échappent à la mort, elles présentent des convulsions tétaniques propres à la strychnine.

3e *Cas.* — Un seul ordre de symptômes peut-il se présenter ?

La réponse semble devoir être affirmative et M. le docteur Piedvache dans un excellent travail publié en

octobre 1889 (Art médical) cite le bromure de potassium qui, quelle que soit la dose administrée produit toujours et d'emblée un abaissement de la puissance excito-motrice et une diminution de la sensibilité. C'est là un phénomène tout à fait exceptionnel et cependant cette exception ne porte que sur ce point ; c'est que les plus petites doses produisent d'emblée le même effet que les grandes doses : l'abolition de la sensibilité ; mais on ne peut pas dire que le bromure de potassium, à l'encontre de tous les autres médicaments ne produise qu'un seul ordre de symptômes puisque l'on a observé momentanément des phénomènes d'excitation pendant la suspension du traitement.

Remarquons en passant que l'ingénieuse théorie de M. le Dr Piedvache qui explique l'apparition des phénomènes d'excitation dans la seconde période des empoisonnements à doses fortes de strychnine, par l'élimination de la plus grande partie du poison qui placerait l'animal en expérience dans la situation des sujets qui n'ont reçu qu'une petite dose de médicament trouve une contradiction formelle dans l'action des bromures puisque la plus petite dose de ce médicament, ne produit jamais la période de surexcitation qui éclate spontanément par la suspension des doses fortes.

Il faut donc chercher une autre explication de l'interversion des actions dites primitives et secondaires.

Les symptômes dit primitifs peuvent-ils se montrer seuls et sans que jamais les actions secondaires soient amenées même par les doses plus fortes ?

Le Dr Piedvache répond affirmativement (page 281) mais il ne produit aucun exemple à l'appui de son affirmation.

Enfin, si la plupart des symptômes ont leurs contraires

et si ces symptômes opposés peuvent être produits par le même médicament et constituer des actions alternes dont nous venons de parler, d'autres symptômes encore fort nombreux n'ont pas leurs contraires. La toux, l'enrouement, la dyspnée, les palpitations, les vertiges, les syncopes, les hallucinations, etc., etc., etc., n'ont point de symptômes contraires. Il en est de même pour certaines lésions qui peuvent être produites par des médicaments. La glycosurie, l'albuminurie, l'ascite, l'emphysème, les hémorrhagies, etc., n'ont pas d'états qu'on puisse appeler contraires. Dans tous ces cas où il n'y a point d'actions alternes, le symptôme ou la lésion produit par le médicament indique d'après la loi de similitude l'emploi de ce médicament dans le traitement des cas pathologiques analogues.

5^e *Cas.* — Il faut enfin tenir grand compte des dispositions individuelles qu'on a appelées idiosyncrasie ; ces dispositions rendent certaines personnes absolument réfractaires à des doses de médicament qui produisent leurs effets habituels dans la généralité des cas. Au contraire certains individus sont tellement sensibles à l'action médicamenteuse qu'ils sont pour ainsi dire empoisonnés par les plus petites doses ; d'autres enfin présentent une interversion complète des phénomènes pathogénétiques ; de telle sorte que les actions qui habituellement se produisent les premières, n'apparaissent qu'après celles qui d'ordinaire se produisent les secondes, ainsi la dilatation de la pupille comme effet immédiat d'une forte dose de morphine, au contraire, la contraction de la pupille après l'administration de la belladone.

C'est encore à l'idiosyncrasie qu'il faut attribuer ce fait si fréquent de l'absence d'une des actions alternes pro-

duites par les médicaments, en sorte que, une seule de ces actions, soit la primitive, soit la secondaire, se montre seule chez certains individus.

Tels sont les faits qui résultent de l'étude expérimentale de la matière médicale. Quelle explication donnerons-nous de ces faits et par quels noms désignerons-nous les deux ordres d'actions produits par les médicaments ?

Les appelerons-nous primitifs et secondaires, positifs ou de réaction.

Pour Hahnemann l'effet primitif du médicament était son action *positive* ; et les effets qui survenaient ensuite n'étaient qu'une réaction de l'organisme. Il expliquait sa pensée par un exemple : La main plongée dans de l'eau froide subit un abaissement de température, mais elle devient brûlante, quand on la retire de l'eau et qu'on l'essuie. Le premier effet est l'action positive du médicament, le second est une réaction produite par l'organisme.

Cette conception des actions médicamenteuses constitue une erreur absolue parce qu'elle fait des actions, dites secondaires, un simple phénomène vital; tandis qu'elles sont une action médicamenteuse au même titre que l'effet dit primitif et ont la même valeur.

Le Dr Piedvache a insisté avec raison sur ce point de doctrine; et comment l'action, dite secondaire, pourrait-elle être considérée comme une simple réaction de l'organisme contre une action primitive, si cette action primitive n'existe pas? Or, nous avons vu qu'avec des doses fortes l'action primitive est presque toujours supprimée.

L'action dite secondaire est donc une action médicamenteuse au même titre que l'action primitive, donc la théorie de la réaction est absolument contredite par les

faits ; elle doit donc être absolument abandonnée et nous devons retenir précieusement, comme des actions médicamenteuses, les effets dits secondaires : ce sera une richesse de plus pour notre thérapeutique.

Nous ne pouvons point continuer d'appeler primitives et secondaires les actions différentes produites par un même médicament chez l'homme sain puisque l'effet secondaire peut se produire le premier et être suivi de l'effet dit primitif comme on l'a vu dans l'exemple de l'empoisonnement par la strychnine à dose très forte. Nous proposons d'appeler ces actions différentes : *effets alternes*, expression qui ne préjuge rien sur leur nature ou sur leur importance ; qui peut s'appliquer même dans le cas où ces effets ne sont pas absolument contraires les uns aux autres, et qui signifient seulement que ces effets sont successifs.

L'étude des actions médicamenteuses sur l'homme sain nous a donc appris que tout médicament produisait dans l'organisme des effets alternes et que ces effets étaient habituellement contraires.

Ce résultat des études contemporaines sur la matière médicale à besoin d'être mis en harmonie avec la loi des semblables, base principale des indications dans la thérapeutique homœopathique.

Comment, en effet, opposerez-vous à un symptôme déterminé chez un malade une action analogue d'un médicament, si la plupart des médicaments présentent dans leur histoire pathogénétique deux symptômes, l'un semblable, l'autre contraire à l'état morbide, qu'il s'agit de combattre ? Comment, par exemple, prescrirez-vous au nom de la loi de similitude la digitale dans l'asystolie, si

ce médicament produit chez l'homme sain l'affaiblissement et l'augmentation des contractions cardiaques?

Comment, au nom de cette même loi de similitude, prescrirez-vous l'opium dans le coma, si l'opium produit alternativement la somnolence, et l'insomnie?

Si on réfléchit que la même question peut se poser à propos de chaque médicament, on en conclura que la loi de similitude est fortement battue en brèche, par ces actions alternes et opposées des médicaments.

Il est donc nécessaire de serrer la question d'un peu plus près. Car il est bien certain que la loi de similitude est une indication très féconde en thérapeutique; elle indique aussi les localisations : médicaments du cœur, du rein, etc.

1° Remarquons d'abord que les effets alternes et opposés des médicaments ne présentent pas la même intensité, que par exemple la diarrhée est un phénomène du sublimé corrosif bien plus constant que la constipation et que la strychnine est à un bien plus haut degré un agent convulsivant qu'un agent paralysant. C'est donc la prédominance d'action qui servira à prescrire un médicament d'après la loi de similitude.

2° Nous avons vu qu'un même médicament produisait des effets opposés suivant qu'il était administré à petite ou à forte dose, que par exemple, la digitale à petite dose était un fortifiant du muscle cardiaque; et que la dose forte était un paralysant de ce même muscle. La digitale sera donc indiquée d'après la loi de similitude dans deux affections cardiaques opposées l'asystolie et les palpitations nerveuses qui s'accompagnent de contractions énergiques du cœur ; dans le premier cas, la digitale sera homœopa-

thique par les symptômes résultant des fortes doses ; dans le second cas elle le sera par les symptômes résultant des petites doses.

De même la rhubarbe et les médicaments purgatifs qui, à petites doses produisent la constipation, seront homœopathiques à deux états morbides opposés, suivant qu'on prescrira des doses faibles ou des doses fortes.

Remarquons d'abord que nous trouvons dans le fait expérimental de ces actions opposées produites par des doses petites ou fortes une loi pour le choix de la dose en homœopathie. Il est certain que si nous voulons être fidèle à la loi de similitude, nous prescrirons dans le traitement des maladies une dose faible ou une dose forte suivant que les symptômes morbides présenteront de l'analogie avec les effets produits par les doses différentes du médicament; que pour continuer les deux exemples ci-dessus, nous prescrirons des doses fortes de digitale contre l'asystolie et des doses faibles contre les troubles cardiaques qui s'accompagnent de contractions énergiques du cœur. De même nous prescrirons des doses fortes de rhubarbe contre la diarrhée, et des doses faibles pour guérir la constipation (1).

Remarquons encore que des deux actions opposées présentées par la digitale et la rhubarbe, l'une a une importance beaucoup plus grande que l'autre, ainsi la digitale est couramment employée dans le traitement de l'asys-

(1) Nous employons souvent les expressions *doses fortes et doses faibles* pour là commodité de l'exposition de notre sujet. Ce n'est pas là le lieu de traiter en détail la question des doses, nous dirons seulement que les doses fortes ne doivent jamais être *perturbatrices* et que les doses faibles comprennent tous les degrés de la posologie hahnemannienne.

tolie, elle ne l'a peut-être jamais été, au moins avec succès, dans le traitement des palpitations cardiaques ; de même la rhubarbe constitue un médicament très sûr dans le traitement des diarrhées chroniques et il n'est jamais ou presque jamais employé dans le traitement de la constipation.

Ces faits cliniques confirment ce que nous disions dans le paragraphe précédent, des effets opposés présentés par un même médicament ; les uns ont une importance bien plus considérable que les autres et ce sont les premiers qui doivent servir d'indications dans le traitement des maladies.

Pour les symptômes qui n'ont point leurs contraires comme le vomissement, la toux, la dyspnée, la glycosurie, etc., ils n'offrent aucune difficulté pour l'application de la loi de similitude. Les médicaments qui produisent chez l'homme sain le vomissement, la toux, la dyspnée, et la glycosurie sont indiqués par la loi de similitude dans le traitement des cas pathologiques qui présentent ces symptômes.

La loi de similitude reste donc une règle d'indication très certaine ; les actions alternes et opposées des médicaments n'infirment donc point la valeur de cette loi ; seulement, ces actions opposées nous obligent à déterminer leur valeur relative et servent encore, comme nous l'avons fait voir plus haut, à préciser la dose du médicament.

Nous remarquons expressément que la loi de similitude serait une règle souvent fallacieuse pour le choix du médicament, si elle n'était aidée et confirmée par la clinique. L'horreur des hahnemanniens purs pour cette dernière source d'indications est le fruit de l'esprit sectaire. Persuadés que l'homœopathie est sortie absolument parfaite des

mains de Hahnemann ces médecins croient que la matière médicale n'offre ni lacune, ni erreur ; que la loi de similitude conduit toujours au choix du médicament efficace si on connaît bien sa matière médicale ; et, si on tient compte de la *psore*, l'homœopathie guérit toujours. Ajoutons pour être juste que ces illusions ne sont partagées aujourd'hui que par un fort petit nombre de médecins et que depuis longtemps l'universalité des homœopathes a rendu à la clinique toute son importance.

En résumé, l'étude de la matière médicale et la loi de similitude indiquent pour le même cas pathologique plusieurs médicaments, et l'expérience clinique fixe parmi ces médicaments celui qui est le plus approprié.

D^r^ P. Jousset.

THÉRAPEUTIQUE.

LE CHLOROFORME COMME MÉDICAMENT HOMŒOPATHIQUE

Le D^r^ Hale, de Chicago, publie dans le *North American Journal of homœopathy* (n° de janvier) un article sur ce sujet. Il a fait préparer une première, une deuxième et une troisième dilution aqueuse de chloroforme (une goutte de chloroforme pour 100 gouttes d'eau représentant la 1^re^ dilution), et il prescrit ces dilutions en nature par cuillerées à café, de sorte qu'une cuillerée à café de la première dilution représente à peu près une goutte de chloroforme, une cuillerée à café de la deuxième, un centième de goutte. Il administre la première aux adultes, la deuxième aux enfants. Ces doses lui ont donné des résul-

tats favorables rapides dans un certain nombre de cas, que nous allons passer en revue.

Une cuillerée à café toutes les cinq ou dix minutes arrête en général rapidement l'attaque si effrayante de *laryngite striduleuse*. Cette même dose répétée le lendemain toutes les heures prévient ordinairement la crise du lendemain soir.

Dans l'*asthme*, soit purement nerveux, soit compliqué de catarrhe, dans la *fièvre des foins*, il agit également bien comme médicament curatif et comme palliatif. Le Dr Hale trouve que l'*aspidospermine* (3e trit. déc.) agit favorablement comme adjuvant.

Dans les *toux d'irritation*, quelle qu'en soit la cause, excepté lorsqu'elle est produite par une accumulation de mucus dans l'arbre bronchique, le chloroforme agit mieux que n'importe quel médicament.

Dans la *pneumonie* et la *bronchite capillaire*, la dyspnée est souvent hors de proportion avec la gravité de la maladie et évidemment sous la dépendance d'un affaiblissement des nerfs de la respiration ou du cœur. Le chloroforme, qui tue par la paralysie respiratoire et cardiaque, rend aisée cette respiration laborieuse et redonne de la force et de l'ampleur au pouls.

La *gastralgie* est rapidement soulagée par ce médicament, or une goutte de chloroforme et, à plus forte raison, un centième de goutte ne peuvent agir comme anesthésique local. Dans les *douleurs d'estomac* des enfants, il rend plus de service que chamomilla et nux vomica. Aucun médicament ne donne de meilleur résultat dans le *pyrosis* et dans ces pesanteurs douloureuses et ces crampes qui surviennent aussitôt le repas.

Les *vomissements* sont souvent arrêtés par lui, lorsque

les autres médicaments ont échoué ; et dans ces efforts douloureux qui suivent les vomissements, souvent l'estomac étant vide, le chloroforme agit d'une façon magique. Il fait disparaître en quelques minutes ces *douleurs d'estomac* nocturnes, empêchant le sommeil et dues à des gaz, ainsi que celles de même nature qui existent du côté de l'intestin.

Le Dr Hale a trouvé que le chloroforme à la dose de la première dilution était le meilleur calmant de l'*ulcère de l'estomac*, ainsi que la cocaïne à la même dose. Dans un cas, le malade ne pouvait garder aucune nourriture, à moins de prendre une cuillerée à café de la solution avant et après manger. Le Dr Stepp, de Nurnberg, a observé les mêmes résultats ; il s'en est également bien trouvé dans les affections douloureuses de la bouche et de la gorge (pharyngite, gingivite et diphthérie).

Le Dr Hale considère le chloroforme comme aussi homœopathique que l'*aconit*, le *veratrum album* ou *viride*, dans la faiblesse du cœur ; car c'est en paralysant le cœur qu'il cause la mort ; il produit des palpitations, des syncopes et beaucoup d'autres troubles fonctionnels. Il a souvent observé qu'une aspiration ou deux de chloroforme peut arrêter les palpitations et les troubles nerveux du cœur ; la deuxième dilution à l'intérieur lui a donné les mêmes résultats.

Nous ajouterons à ces différents usages homœopathiques du chloroforme, son action favorable en inhalations contre l'*éclampsie*, soit les convulsions de l'enfant, soit celles des femmes en couches. Le chloroforme agit certainement dans ces cas suivant la loi de similitude ; car, dans les chloroformisations pour opérations, on observe encore de temps à autre de véritables attaques éclamptiformes,

comme cela nous est arrivé, à mon père et à moi, chez un malade endormi par le professeur Richet.

Le chloral qui, dans les mêmes cas, agit à la façon du chloroforme et, d'après la plupart des thérapeutistes, n'agirait que parce qu'il se décompose dans l'économie en chloroforme, ne serait donc qu'un mode d'administration plus commode du chloroforme ; nous pourrions peut-être le remplacer par le chloroforme à la première dilution.

D[r] MARC JOUSSET.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE. — CONTAGIOSITÉ DE LA GRIPPE. — UN CAS DE RÉSECTION TOTALE DES OS DE LA FACE. — SUR LA FAUSSE IMPERMÉABILITÉ DE CERTAINS REINS BRIGHTIQUES. — ANTISEPSIE OBSTÉTRICALE.

I

Notre dernière revue a donné le texte des conclusions (*février*, p. 148) que M. BERGERON propose de substituer à celles de la *Commission de la tuberculose*, pour la rédaction de l'*Instruction populaire* en discussion. Ce texte ne visait que la contagiosité par les crachats, et c'était une perche tendue par l'honorable secrétaire perpétuel pour sauver la situation, l'opposition suscitée par M. HARDY ayant menacé d'un naufrage total les conclusions de la Commission. Avant tout, il faut voir là une question d'amour-propre. Et c'est avec une certaine solennité que

M. VILLEMIN vient dire : « Il ne s'agit pas du jugement d'aujourd'hui, mais de celui de l'histoire. On dira : l'Académie, après avoir nommé une Commission, a discuté ses propositions pendant de longues séances, et elle a ensuite voté le rejet en bloc » (21 *janvier*). N'oublions pas cependant qu'il en est un peu des jugements académiques comme des vieilles lunes : l'histoire en tient fort peu de compte. Mais M. Villemin menace de retirer les conclusions de la Commission dont il était le rapporteur, et l'Académie qui décidément recule devant le radicalisme de MM. Hardy et Jaccoud proposant la question préalable, vote le renvoi à la Commissisn de la contre-proposition de M. Bergeron.

Il fallait bien, dès lors, s'attendre à un compromis et c'est ce qui a eu lieu. M. Nocard a réussi à y ajouter la proposition si contestée cependant de la propagation de la tuberculose par le lait, et on en a ajouté encore une autre beaucoup plus grave, qui fait appel au bras séculier, c'est-à-dire à l'ingérence de l'Etat, pour faire éliminer les tuberculeux, dans les collectivités dont il a la surveillance. Bref, entre les deux ordres de conclusions, il n'y a plus guère d'autre différence que la brièveté relative dont doivent finalement bénéficier les dernières venues. M. Nocard, triomphant, n'a pas manqué de le faire remarquer (28 janvier). « Les deux propositions que l'Académie vient d'entendre disent la même chose, l'une d'une manière concise, l'autre avec beaucoup de détails ». N'avions-nous pas raison de dire que M. Bergeron avait joué le rôle d'un conciliateur habile? Sa manœuvre devait sauver l'œuvre de M. Villemin, et c'est ce qui est arrivé.

En vain MM. G. SÉE, DUJARDIN-BEAUMETZ, LANCEREAUX insistent-ils sur la rareté de la contagion de la phthisie

par le lait, contagion qui semble ne pouvoir s'opérer que que quand il existe une mammite tuberculeuse, en vain M. Léon Le Fort, et d'autres font-ils remarquer la moindre digestibilité du lait bouilli, la recommandation de cette ébullition n'en est pas moins adoptée à l'unanimité moins deux voix (abstentions non comptées).

En ce qui concerne l'ingérence de l'Etat, M. Dujardin-Beaumetz ne croit pas possible cet appel aux pouvoirs publics, en l'absence d'une législation spéciale; M. Marc Sée croit de telles mesures inapplicables, excepté dans l'armée, où il y a tout avantage à renvoyer les tuberculeux, et il est soutenu par MM. Aug. Ollivier, Hardy. Malgré tout, le vote est emporté, avec la même unanimité.

En conséquence l'Académie a adopté les propositions suivantes :

La tuberculose est une maladie parasitaire et contagieuse.

Le microbe, agent de la contagion, existe surtout dans les poussières qu'engendrent les crachats desséchés des phthisiques et le pus des plaies tuberculeuses.

Le plus sûr moyen d'empêcher la contagion consiste à détruire les crachats et le pus, avant leur dessication, par l'eau bouillante et le feu.

Le parasite se trouve aussi quelquefois dans le lait des vaches tuberculeuses; il est donc prudent de n'employer le lait qu'après l'avoir fait bouillir, surtout lorsqu'il est destiné à l'alimentation des jeunes enfants.

L'Académie appelle l'attention des autorités compétentes sur les dangers que les tuberculeux font courir aux diverses collectivités dont elles ont la direction, telles que lycées, casernes, grandes administrations et ateliers de l'Etat.

II

Las des discussions et des opinions, nous résumons pour nos lecteurs les faits apportés devant l'Académie, au sujet de la *contagiosité de la grippe*.

M. Bouchard (28 janvier) a reçu du Dr *Tueffert*, de Montbéliard, la communication des faits suivants :

Apparition à Montbéliard, le 13 décembre, de la grippe qui sévissait auparavant dans les villes environnantes.

Premier sujet atteint : un habitant revenu à Montbéliard après avoir passé une partie de la journée du 9 à Paris dans une infirmerie occupée par des malades atteints de grippe.

Sont ensuite successivement envahis : le 17, les deux filles de ce premier malade ; le 19, son fils ; le 20, un ami de celui-ci, qui le voyait tous les jours ; le 21, le père de l'ami ; le 23, un beau-frère du même, et la femme du premier malade, ainsi que trois jeunes parents et amis des derniers.

En même temps, importation par d'autres voies. Un négociant l'a apportée de Neufchâtel (5 jours d'incubation), un autre de Soleure.

M. Brouardel invoque, avec raison, en faveur de la contagion, le fait de ces étapes successives du mal qui a frappé une ville de frontière dix-huit jours seulement après la capitale, et ne s'est manifesté pendant les premiers jours que par des cas isolés. C'est un fait général, et on n'a pas trouvé, dans la dernière épidémie, les caractères de soudaineté et de simultanéité qui autrefois avaient fait rapporter la maladie à des causes météorologiques.

M. Aug. Ollivier a observé un cas de transmission de la grippe d'une vieille dame à un chat nourri de morceaux de viandes sucés par la première. En 1875, il avait communiqué à la Société de biologie des faits semblables, avec autopsie des chats (broncho-pneumonies).

A la contagiosité se rattache la question de la nature microbienne de la maladie. Voici l'état actuel des travaux en cours sur ce sujet.

M. Bouchard a trouvé non pas un, mais trois microbes pathogènes, deux de trop, ajoute-t-il ; mais ce sont des habitants naturels de nos cavités, rendus pathogènes sous l'influence de la grippe ou des causes de la grippe.

1° Le *staphylococcus pyogènes aureus*, trouvé dans le liquide de l'herpès labial, qui est l'un des organismes de pneumonie ;

2° Le *pneumocoque* trouvé dans le plus grand nombre des pneumonies grippales, mais non dans toutes. On sait qu'il peut produire aussi des pleurésies, des arthrites, des otites, des méningites. La grippe n'est ici, comme toujours que l'occasion du passage du pneumocoque normal de la bouche dans les organes. C'est par le pneumocoque que l'otite a souvent compliqué la grippe ;

3° Le *streptocoque*, constaté dans le mucus bronchique, dans deux pleurésies suppurées, non retrouvé dans le sang. Il serait l'agent des *infections secondaires* de la grippe (lisez des complications) et exactement le même d'ailleurs que celui de l'érysipèle, M. Bouchard ayant déterminé des érysipèles, en injectant à des lapins des cultures de ce streptocoque dans le tissu cellulaire de la région de l'oreille. Ces érysipèles étaient suivis d'abcès locaux ou viscéraux, le microbe de l'érysipèle étant le

même que celui de la diathèse purulente et de la fièvre puerpérale.

Ce fait expliquerait la coïncidence de l'érysipèle et de la grippe signalée par plusieurs observateurs dans des localités diverses, et aussi comment la bronchite grippale peut se compliquer de pleurésies suppurées, d'arthrites, de méningites.

Suit, dans la communication de M. Brouardel, l'interprétation, déjà si souvent exposée ici, des faits : microbisme normal; phagocytisme dans l'état de santé; rôle des maladies consistant à entraver le phagocytisme physiologique. Un nosologiste de la vieille école, doublé d'un métaphysicien, répondrait, il est vrai (s'il existait encore) que cette ingénieuse théorie suppose que l'*atteinte morbide* existe avant l'entrée en scène des microbes.

Donner à ceux-ci le premier rôle (celui de cause) pourrait bien être une pétition de principes. Mais, en vérité, il n'existe plus ni nosologistes, ni métaphysiciens.

Les complications de la grippe, ajoute en terminant M. Bouchard, *n'ont rien de spécial ni de spécifique*. N'y aurait-il plus aussi de cliniciens? Qu'entend-on donc par spécial, par spécifique? Dans le vieux et logique langage français, ces mots signifiaient une évolution clinique particulière, différente de l'évolution des mêmes complications en d'autres circonstances. Et assurément les complications de la grippe ont une évolution clinique particulière.

M. Laborde apporte à l'histoire clinique des relations de l'érysipèle et de la grippe la contribution que voici :

Le Dr X... est pris de grippe le 20 décembre. Le 22, sur le bord des narines apparaît un érysipèle, qui gagne rapidement la face, puis les oreilles et le cuir chevelu.

Le 23, la bonne du malade qui le soigne, est prise d'une

broncho-pneumonie à laquelle elle succombe en deux jours. Autopsie, et constatation de l'existence exclusive, dans le foyer pneumonique, du *streptocoque pyogène*. Ce fait a la valeur d'une expérience.

Dans la séance suivante (1er février) M. Mosny, interne des hôpitaux, qui a fait la recherche bactériologique dans le cas que nous venons d'analyser, fait une lecture à ce sujet et confirme ce qui avait été annnocé par M. Laborde. Il a pu, dans les cultures tirées du foyer pneumonique, et sous la direction de M. Strauss, constater le développement des colonies caractéristiques du streptocoque de l'érysipèle sans mélange d'aucun autre organisme. Les inoculations ont démontré l'identité absolue. Il s'agit donc d'une pneumonie érysipélateuse primitive, comme celle qui avait été signalée par M. Strauss en 1879.

M. Jaccoud a fait faire des recherches bactériologiques par *M. Ménétrier*, son chef de laboratoire, et en voici le résultat.

Dans 12 cas de pneumonie et broncho-pneumonie, les crachats renfermaient en abondance le *pneumocoque de Frankel*, trouvé aussi le même dans les pièces des trois seules autopsies pratiquées. Mais il était associé, dans un cas au *streptocoque*, dans un autre au *streptocoque* et au *staphylocoque blanc*, dans le troisième enfin au *pneumo-bacille de Friedlander*. Dans un cas d'otite, on a trouvé le pneumocoque.

III

La chirurgie est ici un hors-d'œuvre ; mais le cas est intéressant. Depuis Maisonneuve, que nous avons vu autrefois enlever tous les os de la face, il ne nous souvient

pas d'un fait aussi intéressant, en ce genre, que celui qu'a apporté M. Péan à l'Académie.

Chez une femme de 22 ans, on avait déjà enlevé le maxillaire supérieur droit en 1884. Récidive.

En novembre 1888, le maxillaire supérieur gauche avait le volume d'une tête de nouveau-né ; l'inférieur était tuméfié ; les cavités buccales, orbitaires, nasales, ainsi que les arrière-narines, étaient obstruées. Il s'agissait d'enlever les trois maxillaires, le malaire et une portion du sphénoïde.

1re séance (14 déc. 1888). — Ablation des deux maxillaires supérieurs, des malaires et d'une portion du sphénoïde. Dans ce dernier, une petite molaire couchée transversalement (ectopie dentaire) ; la tumeur, déterminée probablement par cette ectopie, était un ostéofibrome.

2e séance (six semaines plus tard). — Enlèvement du maxillaire inférieur. Dans son bord inférieur, on rencontre une canine ectopiée.

Après chacune des deux séances, la réunion par première intention s'est opérée. Voici 14 mois, il n'y a pas encore de récidive. Puis, M. Péan a fait construire un appareil prothétique, permettant à la malade de retenir sa salive, de parler, de déglutir.

IV

Sur la *fausse imperméabilité de certains reins brigthiques et la thérapeutique de l'urémie comateuse*. Sur le premier point en particulier, MM. Albert Robin et Renaut (de Lyon) exposent des faits en partie connus des cliniciens, mais complétés et interprétés par une étude attentive et un examen anatomo-pathologique précis.

Ce qui est connu, c'est qu'on peut se rétablir, pour un temps, d'une attaque d'urémie dans laquelle l'insuffisance du rein paraît absolue et l'est en effet momentanément. Ce qui l'est moins, c'est qu'à l'autopsie de la majorité des urémiques (néphrites interstitielles, ou goutteuses, ou même mixtes) on trouve, contrairement à ce que l'on attendait, la majorité du système glomérulaire demeurée saine, le nombre des glomérules qui sont lésés ou détruits restant insignifiant. Alors, comment meurt-on? Pourquoi le rein a-t-il cessé de remplir ses fonctions? Cela a d'autant plus lieu de nous surprendre, que l'on sait que l'ablation chirurgicale d'un rein ne met pas un instant en péril la dépuration du sang.

On sait cependant que, dans la néphrite aiguë scarlatineuse, la lésion qui annule le rein, c'est l'œdème aigu congestif. Eh bien ! c'est aussi, d'après les idées de nos auteurs, la congestion qui intervient pour annuler le rein dans les néphrites chroniques, en déterminant une attaque d'urémie. La théorie est très ingénieuse; c'est celle de l'*œdème anémique*, telle que M. Renaut l'avait déjà exposée pour interpréter la papule blanche de l'*urticaire* : « Quand le liquide de l'œdème congestif, exsudé sous pression, a acquis une pression suffisante pour contrebalancer celle du sang dans les vaisseaux, il les aplatit ou les rend exsangue. » Ce qui rend le phénomène possible au rein comme dans le tissu serré du derme, c'est que le parenchyme cortical du rein ne renferme pas d'espaces conjonctifs développables. Voilà donc la clé des poussées d'œdème congestif aigu dans le rein malade. Les glomérules, sains ou malades, ne reçoivent, dès lors, pas plus de sang que le centre anémique et blanc d'une papule ortiée, et la sécrétion rénale s'arrête brusquement.

Conclusion à retenir : en thérapeutique on ne doit jamais se décourager devant l'attaque d'urémie la plus intense, surtout si elle est survenue brusquement ; car c'est dans ce cas-là que l'on peut surtout invoquer la théorie de MM. Renaut et A. Robin. Il est possible, d'ailleurs, que cette invasion brusque soit souvent explicable, comme ils le font, par une action réflexe bulbo-cérébrale.

Il est connu du reste que lorsqu'on guérit d'un accès d'urémie, l'urée quotidienne réduite tout d'abord à presque rien, remonte ensuite peu à peu, pour reprendre le chiffre primitif qui était plus ou moins réduit. Mais il y a plus ; car les observations admirablement précises de M. Renaut nous font assister, dans la convalescence de l'attaque d'urémie, à des décharges complémentaires d'urée montant au taux énorme de 49, 54 à 57 grammes en 24 heures.

Un mot de la thérapeutique de M. Renaut. Il insiste justement sur l'ingestion de quantités aussi grandes que possible de lait, les lavements d'eau réitérés pour contribuer à élever la tension vasculaire, les inhalations fréquentes et presque continues d'oxygène. Il y ajoute la saignée locale (sangsues) au niveau du triangle de J.-L. Petit, conformément à une théorie ingénieuse sur la circulation dérivative du rein. Nous préférerions un médicament. Lequel ? Pour l'établir, il nous faudra profiter des nouvelles et très importantes données qui nous sont apportées.

Autre conclusion que nous devons tirer de ces enseignements. On dit trop souvent que les néphrites interstitielles ou goutteuses sont insignifiantes, tant que l'urée n'est pas trop réduite, surtout s'il n'y a pas d'albumine, au moins constamment. On a tort ; car, la clinique atten-

tive le confirme chaque jour : une attaque d'urémie est toujours possible, et elle peut tuer. *Toute néphrite chronique doit être traitée avec la plus grande rigueur.* Et le nombre en est grand, étant donnée la multitude des artérioscléreux.

V

La discussion sur l'antisepsie obstétricale est terminée. Elle était limitée à la question suivante :

Doit-on autoriser les *sages-femmes* à prescrire des antiseptiques obstétricaux ?

Et le 11 février, l'Académie a voté les propositions que voici :

« 1° Il est indispensable de permettre aux sages-femmes l'emploi de substances qui peuvent empêcher la propagation des maladies puerpérales.

« 2° Pour plus de simplicité, et pour éviter les erreurs, les sages-femmes ne devront recourir qu'à un seul antiseptique dont la dose sera toujours la même.

« Il faut donc autoriser les pharmaciens à leur délivrer des paquets de sublimé ainsi composés :

Sublimé corrosif.	25 centigrammes.
Acide tartrique.	1 gramme.
Rouge de Bordeaux.	1 milligramme.

« Sur chaque paquet, qui, conformément à la loi, portera une étiquette rouge, seront inscrits ou imprimés ces mots : *sublimé, 25 centigrammes pour 1 litre d'eau, poison.*

« En outre, comme il est nécessaire que les sages-femmes aient à leur disposition une substance antiseptique pour enduire leurs mains et les instruments, les pharmaciens pourront également leur donner des doses de 30 gr. de vaseline au sublimé à 1 p. 100. »

C'est donc en vain que quelques accoucheurs, parmi lesquels M. Charpentier, ont réclamé la liberté pour les sages-femmes de choisir l'antiseptique qu'elles préfèrent. C'est le *sublimé forcé*, puisque les pharmaciens ne pourront délivrer à nos confrères en jupons, d'autre antiseptique que celui-là. Il est vrai qu'il leur restera la ressource du sulfate de cuivre « si bien toléré par les malades, si actif », qu'elles pourront se procurer chez l'épicier du coin. Car il existe des contre-indications à l'emploi du sublimé, M. Guéniot l'a dit et bien dit.

M. Budin lui-même a reconnu l'existence de 16 cas de mort par les injections de sublimé dans des cliniques officielles. Combien ne s'en produisait-il pas dans les campagnes ? Une femme grosse a-t-elle de l'albuminurie, de l'entérite, de la dysenterie : le sublimé peut la tuer, puisqu'il produit des lésions analogues chez des femmes auparavant bien portantes.

Ces paquets de sublimé peuvent être avalés par mégarde : autre danger. Et il est peut être fâcheux, à cet égard, que la commission n'ait pas cru devoir adopter la proposition qu'a faite M. Laborde d'y mêler un vomitif énergique destiné à faire rejeter immédiatement la substance. Le sulfate de cadmium, vomitif énergique, indiqué par M. Salomon, a contre lui son prix élevé ; mais des expériences concluantes ont démontré que l'addition au sublimé de 1 gram. de sulfate de cuivre, 1 gram. de chlorure de sodium et 0,50 d'acide tartrique satisfaisait admirablement à l'indication.

Quoi qu'il en soit, il s'agit là d'une question secondaire. Ce qui est grave, c'est l'imposition aux sages-femmes d'un antiseptique obligatoire, hors lequel il n'y aura pas pour elles de salut, c'est-à-dire d'indulgence en cas

d'accident. Je consens à ce qu'on me traite de rêveur, ou d'esprit chagrin. Il n'en est pas moins vrai, en dépit des optimistes, et pour quiconque suit avec attention la tendance actuelle de la médecine officielle, que cette petite mesure académique est grosse de conséquences. Qui nous garantit qu'après avoir imposé à ces pauvres ilotes de sages-femmes un codex obligatoire, on n'en décrétera pas un aussi pour les médecins, hors duquel le client mécontent et grincheux se croira le droit de nous poursuivre devant les tribunaux ? Les médecins affichent volontiers un libéralisme intransigeant, et ces idées-là mènent droit à la tyrannie. Nous verrons ce qu'ils diront quand on les traitera comme de simples sages-femmes.

D^r^ Piedvache.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Hystérie tabagique. — Guérison du pneumothorax par la thoracentèse. — L'urticaire chez les enfants.

I

Notre ancien collègue et ami Gilbert a rapporté (1) une observation d'accidents hystériformes survenus sous l'influence du tabac. Après sa communication, le professeur Hayem s'est élevé contre la dénomination d'hystérie tabagique, comme pouvant amener confusion avec l'hystérie vraie ; il s'est appuyé sur ce qui se passe pour les accidents épileptiformes toxiques que l'on ne décrit pas sous le nom d'épilepsie, mais sous celui d'éclampsie. Nous

(1) Séance du 25 octobre 1889.

irons plus loin que le Pr Hayem et nous demanderons si ces hystéries toxiques, saturnines, mercurielles, tabagiques et autres, sont seulement des accidents d'intoxication, ou si l'on a pas affaire dans ces cas à de véritables hystéries, restées latentes jusqu'à ce moment et qui ont été mises au jour par l'intoxication, qui n'agirait alors que comme cause occasionnelle ; c'est une réserve à faire.

Quoi qu'il en soit, voici les principaux passages de cette communication :

Le malade que je vais vous présenter, âgé de 62 ans, est employé à la Manufacture des tabacs depuis l'âge de 16 ans.

L'an dernier (1888), il est entré à l'hôpital pour une faiblesse des membres inférieurs, particulièrement marquée à gauche, qui s'est produite progressivement, a été précédée de fourmillements et s'est accompagnée d'insensibilité. Il a été traité par l'iodure de potassium et les bains sulfureux. Guéri au bout de quelques semaines, il a pu reprendre son travail à la Manufacture des tabacs.

Cette année, dans les premiers jours d'août, il a éprouvé peu à peu les mêmes troubles, étendus, cette fois, aux deux membres inférieurs et au côté gauche du corps, et accompagnés d'un écoulement goutte à goutte de l'urine, pendant la station debout.

Le malade est entré à l'hôpital Tenon, dans le service de M. Letulle, et ensuite à l'hôpital Necker, dans le service de M. Rigal, que je supplée depuis quelques mois, où, rapidement, les symptômes qui s'étaient manifestés au niveau du membre inférieur droit ont disparu (25 septembre).

Le tableau clinique a été alors celui de l'hémiplégie accompagnée d'hémi-anesthésie cutanée et sensorielle : le

membre supérieur et le membre inférieur gauches sont parésiés; les membres supérieur et inférieur droits possèdent toute leur puissance; la face est littéralement respectée; la contractilité électro-faradique et électro-galvanique des muscles et des nerfs est égale à droite et à gauche; la réaction de dégénérescence fait défaut; il n'y a pas d'atrophie musculaire; le réflexe patellaire est un peu plus marqué à gauche qu'à droite. Les diverses sensibilités sont normales à droite. A gauche, la sensibilité de la peau au contact, à la douleur, au chatouillement, à la température, est éteinte; seule, la sensibilité à la pression est conservée. La sensibilité générale et la sensibilité spéciale de la langue sont abolies à gauche; l'ouïe est affaiblie à gauche; l'odorat est nul à gauche; l'acuité visuelle est très diminuée à gauche; d'où une très grande difficulté dans la recherche de la dyschromatopsie; le champ visuel est rétréci du même côté, les réflexes lumineux et accommodatif y étant conservés.

Aux symptômes classiques, pour ainsi dire, de l'hémiplégie accompagnée d'hémi-anesthésie cutanéo-sensorielle, s'ajoutait, chez mon malade, un certain degré de parésie du sphincter du col vésical, ainsi qu'une diminution assez marquée de la mémoire; les fonctions circulatoires, digestives, etc., n'étaient pas troublées.

Dans de semblables conditions, je ne pouvais admettre l'existence d'une lésion matérielle du système nerveux, et je devais mettre en cause une perturbation fonctionnelle, un état névrosique-hystériforme, l'hystérie en un mot, en donnant à ce mot la signification étendue qu'on lui accorde aujourd'hui.

Je prescrivis des bains sulfureux et des applications d'aimant. L'état du malade s'améliora progressivement,

l'anesthésie cédant le terrain centimètre par centimètre, si bien qu'actuellement (25 octobre) l'hémiplégie est très atténuée, que l'anesthésie sensorielle est très amoindrie et qu'au membre inférieur, par exemple, l'anesthésie cutanée est circonscrite au pied.

II

Dans la même séance à propos d'une communication de M. Troisier, sur un pneumothorax survenu dans un accès d'asthme et guéri par une thoracentèse, MM. Rendu, Juhel-Rénoy et Desnos sont venus rapporter des cas analogues, que nous allons résumer successivement.

Observation de M. Troisier. — Femme de 27 ans, entre à la Pitié le 25 juin pour un violent accès d'asthme : dyspnée extrême, avec tirage pénible, face violacée ; affaiblissement du murmure vésiculaire dans toute l'étendue de la poitrine, expiration prolongée et sifflante, bruits de cœur éloignés et sans souffle, urines rares et albumineuses.

Même état jusqu'au 1er juillet où on constate un souffle amphorique et des tintements métalliques, du côté gauche, en avant, en arrière et dans l'aisselle. Le cœur était refoulé à droite du sternum ; ce pneumothorax s'était développé sans que la malade ait rien senti au moment de la rupture du poumon.

Le 2 juillet, devant des menaces d'asphyxie, thoracentèse avec le petit trocart de l'appareil Potain ; évacuation de deux litres d'air environ ; cette évacuation un peu rapide est suivie de phénomènes de décompression : quintes de toux et expectoration abondante, claire et filante.

Le soir, la malade était mieux, et dès le lendemain, les signes du pneumothorax avaient complètement disparu. L'accès d'asthme se termina, l'albumine disparut et depuis deux ans et demi, à part quelques accès d'asthme légers, la malade s'est très bien portée.

Cette observation montre que le souffle amphorique peut exister dans le pneumothorax sans qu'il y ait persistance de la fistule pleurobronchique et que le tintement métallique n'a pas besoin pour se produire de la présence d'un épanchement liquide.

Observation de M. Rendu. — Lorsqu'il était interne de Roger, on amena à la consultation un enfant de 2 ans, cyanosé, asphyxiant, qui, dans le cours d'une coqueluche grave, s'était rompu une vésicule pulmonaire pendant une quinte. Le pneumothorax ne s'accompagnait d'emphysème ni du cou, ni du médiastin ; le cœur battait sous le mamelon droit, la mort paraissait imminente. La thoracentèse fut faite et l'air fut évacué sans une goutte de liquide. Le lendemain, léger épanchement, état général meilleur ; guérison rapide.

Observation de M. Juhel-Rénoy. — Le matin même, un malade a été apporté dans son service, avec dyspnée intense, refoulement énorme du cœur à droite, ampliation thoracique extrême, avec tympanisme, silence respiratoire et souffle éloigné ; thoracentèse, donnant 1 à 2 litres d'air et 60 grammes de liquide citrin.

Observation de M. Desnos. — Tuberculeux, ayant après une quinte de toux un pneumothorax, sans épanchement liquide ; oppression considérable, accès d'étouffements,

cyanose, bouffissure de la face, mort imminente. Thoracentèse, amenant l'évacuation de l'air; pas de liquide. A la suite hydro-pneumothorax suppuré, traité par ponctions successives, qui améliorent suffisamment le malade pour lui permettre de retourner dans son pays.

Comme conclusion pratique, nous dirons que l'innocuité de la thoracentèse, dans ces quatre observations, nous engagerait beaucoup à les pratiquer en pareil cas.

III

Longue communication de notre ancien collègue Comby dans laquelle il étudie les différentes variétés d'urticaire chez les enfants. Cette affection de la peau, qui, pour lui, est le résultat d'une véritable intoxication, peut être passagère, à répétition ou chronique.

L'*urticaire passagère* reconnaît pour causes une indigestion ou une alimentation mal appropriée à l'âge des enfants; elle dure un ou plusieurs jours et peut se reproduire de temps à autre. Dans tous les cas, elle coïncide avec un état dyspeptique ancien ou récent. Cette forme aiguë est sans gravité.

L'*urticaire à répétition*, plus sérieuse que la précédente, reconnaît la même étiologie; elle se présente presque toujours chez des rachitiques où d'anciens rachitiques, ayant conservé de la dyspepsie avec ou sans dilatation de l'estomac; l'abus des liquides, bière, cidre, vin, café, paraît contribuer à son développement. Il peut être le point de départ de l'urticaire chronique.

L'*urticaire chronique* se transforme très souvent en cette maladie incurable que l'on nomme aujourd'hui le *prurigo d'Hébra*. Le Dr Comby rapporte à l'appui de son opinion

des observations d'enfants qu'il suit depuis plusieurs années et chez lesquels il a pu assister à ces transformations.

S'appuyant sur la possibilité de cette transformation en maladie incurable d'une affection bénigne au début, le Dr Comby engage à s'en occuper dès les premières apparitions.

Il conseille, et en cela nous partageons sa manière de voir pour tous les enfants sans exception, de continuer longtemps l'allaitement naturel ; puis le régime lacté, les œufs, les laitages, les panades ; abstinence de viande, de légumes indigestes, de liqueurs alcooliques.

Cette communication a été l'objet de nombreuses critiques auxquelles nous nous associons et que nous allons résumer.

MM. Rendu, Seveste et Merklen, s'élèvent contre une opinion du Dr Comby, qui ne croit pas que l'urticaire ait de rapport avec la dentition ; ces trois médecins ont observé des cas où il y avait une évidente corrélation entre les poussées d'urticaire et l'évolution des dents.

Un dermatologiste, notre ancien collègue Brocq, est venu à son tour combattre la transformation de l'urticaire chronique en prurigo d'Hébra. Il est reconnu que des enfants qui seront plus tard atteints de prurigo d'Hébra peuvent présenter de l'urticaire, mais il n'y a que coïncidence. Le Dr Leloir vient de démontrer qu'au point de vue histologique, la lésion initiale du prurigo d'Hébra est une lésion toute spéciale ne ressemblant à aucune autre. Il y a, du reste, chez les enfants, des éruptions qui ressemblent à l'urticaire, c'est le *strophulus pruriginosus*, qui sont souvent la première phase du prurigo d'Hébra.

Dr Marc Jousset.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HOMŒOPATHIE.

SÉANCE DU 12 FÉVRIER.

GRIPPE. — TRAITEMENT DE L'ASYSTOLIE.

Après quelques rectifications au procès-verbal de la séance précédente, le Dr James Love demande à ajouter quelques mots au sujet de la contagion de la grippe. Elle a été niée dans le monde officiel ; pour lui, il vient apporter la relation d'une petite épidémie en faveur de la contagion. Il a été appelé, il y a trois semaines, dans l'Orne, dans un château assez éloigné des châteaux et des villages voisins, et dans lequel il a observé une forme éruptive, caractérisée chez les enfants par une éruption scarlatiniforme, chez la mère et les bonnes par une éruption rubéolique ; or, cette forme éruptive n'existait pas dans les villages voisins, elle avait été apportée par un fils de la maison, élève des jésuites du Mans, qui était arrivé récemment dans sa famille et avait eu au collège une grippe avec forme éruptive.

Le Dr Léon Simon père, retenu chez lui par la maladie à la séance précédente, demande à signaler deux faits. Le premier c'est la présence d'éruptions dont il a vu deux exemples : l'un chez un jeune homme qui a présenté une éruption presque pustuleuse, ressemblant à la petite vérole, et ayant duré quarante-huit heures : *merc. solubilis* ; l'autre, à l'hôpital Hahnemann, chez une jeune femme de 32 ans, qui eut une éruption miliaire : *arsenic*, puis *merc. solubilis*.

Le second c'est le froid, comme symptôme de la grippe ; il a observé une dame qui prétendait avoir des glaçons

sur les épaules ; un autre malade avait si froid dans le dos qu'il se faisait repasser avec un fer chaud : *sulfate de quinine* (3e trit.), puis *arsenic* (6).

Le Dr Boyer a observé deux fois de la cystite avec absence presque complète d'urine pendant plusieurs jours : *cantharis*.

Le Dr Léon Simon, qui préside, annonce la mort d'un membre, le Dr Ozanam, qui a été enlevé en quelques minutes par une crise d'angine de poitrine, et prononce quelques mots sur la vie et les travaux de notre regretté confrère.

Le Dr Marc Jousset ne veut pas faire le traitement complet de l'asystolie ; il se contentera de signaler une nouvelle manière d'administrer la *digitale* et, à ce propos, rapporte l'observation suivante :

Mme M...., 64 ans, péruvienne, goutteuse, atteinte, depuis cinq ans, d'artério-sclérose généralisée (aortite, néphrite interstitielle, emphysème), a déjà eu plusieurs crises d'asystolie, qui ont toujours été guéries par la *digitale* (1re trit. déc.) à forte dose, 0,50 à 2 grammes par jour.

Je suis appelé, le 19 décembre dernier, je trouve une anasarque remontant au-dessus des genoux, avec œdème des parois abdominales et un peu d'ascite, œdème pulmonaire, foie gros et douloureux, urines rares, rouges, albumineuses. Le cœur était dans un état d'arythmie, les battements sourds et très irréguliers, pas de souffle ; le pouls était très petit, irrégulier, dépressible.

Comme l'étouffement avec toux grasse et expectoration

était le symptôme dominant, je donnai : *arseniate d'ant.* (2ᵉ trit.) et au bout de deux jours : *iodure de sodium* (subst.) 0,50 par jour.

Les urines continuant à être rares (1/3 à 1/2 litre, suivant les jours), l'anasarque et l'ascite augmentant, j'allais remettre la malade à la *digitale* (1ᵉ trit. déc.), 1 gramme par jour, lorsque la famille demanda à voir le Dʳ Huchard en consultation. Le Dʳ Huchard fut d'avis de donner la digitale et d'essayer de remettre la malade au lait, qu'elle prenait très difficilement; seulement, il me proposa d'administrer le médicament sous forme de *digitaline cristallisée*, m'assurant que nous aurions ainsi un résultat plus complet et plus rapide en employant la solution au 1000ᵉ de Petit-Myalhe ; soit une 3ᵉ dil. déc. Le 24, jour de la consultation, la malade avait produit un tiers de litre d'urine. Elle prit, le 24 au soir, dans un demi-verre d'eau sucrée, 20 gouttes de la solution de digitaline (50 gouttes représentent un gramme de la solution et, par conséquent, un milligramme de digitaline); le lendemain, elle prit 20 gouttes le matin et 20 gouttes le soir; le troisième jour, elle prit encore 6 gouttes le matin et 6 gouttes le soir, puis on cessa le médicament.

Les urines, qui n'avaient produit qu'un tiers de litre le 24, donnèrent le 25, 2 litres, le 26, 7 litres, et pendant les jours suivants une moyenne de 4 litres environ ; les hydropisies diminuèrent beaucoup, le cœur et le pouls se relevèrent, l'albumine disparut et la malade semblait toucher à la fin de sa crise d'asystolie, lorsque la grippe, compliquée bientôt d'une broncho-pneumonie double, vint l'emporter dans les premiers jours de janvier.

Cette observation montre que la digitaline cristallisée a eu une action plus rapide que la digitale en trituration.

Cette forme d'administration de la digitale a donc pour elle une rapidité plus grande, une plus grande facilité d'administration et, enfin, se rapproche des doses homœopatiques, puisque c'est une troisième dilution décimale.

Le Dr Huchard administre souvent la dose en un seul jour, 25 gouttes le matin et 25 gouttes le soir, soit un milligramme, puis il attend, prêt à recommencer si l'effet se fait trop attendre.

Il donne ensuite 40 gouttes en deux fois tous les mois, toutes les six semaines à ses cardiaques, d'une façon préventive.

Le Dr Marc Jousset établit ensuite que l'action de la digitale sur l'asystolie est une action homœopathique, car la digitale produit sur l'homme sain, non seulement les symptômes de l'asystolie, mais en particulier l'anurie et l'oligurie ; la digitale n'est diurétique que chez le malade, chez celui dont les urines sont rares ; elle est anurigène et oligurigène chez l'homme sain, si on peut employer ces deux expressions.

Le Dr Marc Jousset a déjà exposé cette manière de voir dans l'*Art Médical* (1) en se basant sur les observations d'empoisonnement et sur des expériences personnelles.

Sur 16 observations d'empoisonnement, 13 relatent la diminution des urines, 6 d'une façon complète (anurie) et 7 d'une manière relative (oligurie).

A dose thérapeutique, 1 gr., 2 gr. et 3 grammes de la 1re trit. déc. (0,10, 0,20 et 0,30 de poudre de feuilles), chez des phthisiques de l'asile Notre-Dame de Bon Secours, à Montrouge, la digitale a produit quatre fois sur six la

(1) T. LIX, 1884, et t. LXIII, 1886.

diminution de la quantité des urines rendues (les expérimentateurs avaient 1400 centimètres cubes et au-dessus en moyenne pendant les cinq jours qui ont précédé l'administration du médicament); chez les deux autres, le résultat a été une augmentation légère, mais ils présentaient, avant l'expérience, une moyenne inférieure à la normale, moins de 1200 centimètres cubes.

Le Dr Vincent Léon Simon attire l'attention de la Société sur l'action des médicaments sur le pouls. Allen a publié, dans son ouvrage, un grand nombre de tracés sphygmographiques, qui se présentent surtout sous deux types. L'un, qui présente une ligne d'ascension plus courte et une ligne de descente allongée sans dicrotisme, se rencontre dans le *cannabis indica*, la *cocaïne* et la *caféine*. La *digitale* produit un tracé de pouls irrégulier et faible. La *digitoxine* produisait un tracé analogue à celui de l'insuffisance aortique.

Gelsemium se rapproche de cannabis.

La *pylocarpine* donne, pendant le premier quart d'heure après son administration, un pouls se rapprochant de celui de l'insuffisance aortique; au bout d'une heure, un plateau et une longue ligne de descente.

Le tracé du *plomb* pendant la colique saturnine présente une ligne d'ascension très élevée, et dans la ligne de descente souvent une double pulsation; pendant l'intoxication chronique, le tracé se rapproche de celui des affections mitrales.

Le Dr James Love rappelle qu'en 1873, le Dr Millard administrait déjà la digitaline cristallisée dans son service, surtout dans les péricardites et les endocardites.

Le Dr Marc Jousset répond qu'il l'administrait en granules, que ce qu'il y a surtout de nouveau c'est la solution de Petit-Myalhe au 1000e.

Dr Marc Jousset.

REVUE DE THERAPEUTIQUE

I. — Influence de la saccharine sur l'assimilation et l'échange azotique chez l'homme.

On n'avait pas, jusqu'à présent, recherché si chez l'homme bien portant ou malade, la saccharine agit d'une façon quelconque sur l'assimilation et sur l'échange azotique. Pour combler cette lacune, Savitzki a fait une série d'expériences avec la saccharine, dans la clinique du professeur Manasseine, à Pétersbourg. Ces expériences ont été faites sur cinq personnes, et chacune de ces expériences, qui avait une durée de dix jours, se divisait en deux périodes de 5 jours. La quantité de saccharine absorbée par jour était de 40 centigrammes.

Voici les résultats obtenus par l'auteur :

1° Chez les personnes bien portantes, l'assimilation de l'azote augmente sous l'influence d'une quantité journalière de 20 à 40 centigrammes de saccharine ;

2° L'échange d'azote diminue, en même temps ;

3° Quant à l'influence de la saccharine sur la digestion, l'auteur a constaté la même chose que les autres expérimentateurs, c'est-à-dire que la saccharine ne peut pas être considérée comme un corps nuisible à la digestion.

II. — Influence de l'alcool sur la digestion stomacale des personnes bien portantes.

M. E. Blumeneau a étudié cette question importante dans la clinique du professeur Kochlakoff à Saint-Pétersbourg.

Les expériences ont été faites sur cinq jeunes gens bien portants âgés de 22 à 24 ans. Dix à vingt minutes avant les repas, on leur a administré 100 centimètres cubes d'alcool d'une concentration de 25 à 50 0/0. Sous l'influence de l'alcool au début de la digestion, le suc gastrique agit faiblement.

L'acidité du suc gastrique, la quantité d'acide chlorhydrique, ainsi que la force digestive du suc gastrique sont diminués.

Cet affaiblissement de la digestion est surtout prononcé chez les personnes qui n'ont pas l'habitude de prendre de l'alcool.

Lorsqu'on augmente la concentration de la boisson alcoolique (la quantité d'alcool restant la même) la force digestive du suc gastrique diminue davantage.

Dès la quatrième heure de la digestion la force digestive du suc gastrique augmente notablement. L'acidité du suc gastrique et la quantité d'acide chlorhydrique sont deux fois plus considérables qu'ordinairement.

Sous l'influence de l'alcool, la sécrétion du suc gastrique est plus abondante, et dure plus longtemps qu'ordinairement.

Les mouvements de l'estomac sont ralentis, et d'autant plus que la concentration de l'alcool est plus grande.

III. — Effets des douches rectales ascendantes.

M. Porogine, de Saint-Pétersbourg, a étudié dans sa thèse, les effets des douches ascendantes sur la sensibilité tactile, sur la force musculaire, sur les réflexes cutanés vaso-moteurs, sur les réflexes tendineux, sur la pression sanguine, sur le pouls, sur la température du corps, de la peau et sur la pression intra-abdominale.

Les douches étaient données la personne restant debout ou assise. La température de l'eau variait de 12° à 13°, ou de 18° à 19° Réaumur; la durée de la douche était d'une minute et demie à trois minutes.

Les effets des douches rectales sont les suivants : La sensibilité tactile examinée avec le compas de Weber augmentait après une douche d'une température de 18° à 19° Réaumur; elle diminuait après une douche d'une température de 12° à 13°.

La force musculaire examinée avec le dynamomètre de Collin, était modifiée par les douches d'une façon peu régulière. Elle augmentait pourtant sous l'influence des douches d'une température de 12° à 13°, et d'une durée de trois minutes.

Le temps nécessaire pour faire disparaître des empreintes cutanées (symptôme de Dujardin-Beaumetz), examiné d'après le procédé de Flemming, était augmenté après une douche d'une température de 18° à 19°, et diminué après une douche de 12° à 13°. Sous l'influence de ces douches, les réflexes tendineux devenaient plus faibles. Seulement les douches de 12° à 13° augmentaient le réflexe rotulien. Les douches ne modifièrent pas la pression intra-abdominale, examinée d'après le procédé de

R. Wagner. Sous l'influence des douches, la température du corps descendait; la pression sanguine diminuait; le tracé du pouls était modifié. D'après ces résultats, l'auteur admet : que les douches rectales ascendantes produisent des effets locaux antiphlogistiques, sédatifs, toniques et excitants.

Ces résultats justifient l'indication des douches anales dans des cas de constipation habituelle, de coliques abdominales occasionnées par une constipation chronique, dans les cas d'hémorrhoïdes et de spasmes du col vésical.

On pourrait aussi essayer la douche anale contre le varicocèle, contre le vaginisme, les prolapsus du rectum et de l'utérus, et contre l'atonie du vagin.

IV. — Emploi de l'hyoscine dans les maladies mentales.

Dans un travail sur l'hyoscine, le Dr Klincke pose les conclusions suivantes : l'iodhydrate d'hyoscine est le sel qu'on doit préférer. Il faut toujours débuter par les plus petites doses, soit qu'on l'emploie en injections sous-cutanées, soit qu'on l'administre à l'intérieur, car la tolérance pour ce médicament est très variable, suivant les individus.

Administrée par la bouche, l'hyoscine agit moins rapidement que lorsqu'elle est employée en injection hypodermique; mais dans le premier cas, elle ne détermine pas aussi facilement des symptômes toxiques.

Quand il s'agit de combattre seulement l'insomnie, l'administration de l'hyoscine à l'intérieur donne presque toujours les résultats qu'on attendait. Mais lorsqu'on veut agir rapidement sur un état d'excitations intenses, la voie hypodermique est souvent préférable. Quel que soit le

mode d'administration, l'auteur recommande de ne jamais dépasser la dose de trois milligrammes par jour. L'hyoscine exerce une action paralysante sur les centres moteurs et sécréteurs ; elle ralentit le pouls, la respiration amène une sécheresse de la gorge, la mydriase, des troubles de l'accommodation, parfois de l'inappétence et des vomissements.

Son emploi est souvent indiqué dans les maladies mentales qui sont accompagnées d'une agitation intense, d'une loquacité sans fin, de crises de larmes, etc.

On obtient de bons résultats, en particulier dans les cas de manie aiguë, de paralysie agitante. Son action est au contraire moindre et, très souvent, même nulle chez les mélancoliques. L'hyoscine peut, sans aucun doute, provoquer des hallucinations plus ou moins pénibles : parfois lorsqu'il existe déjà des troubles de ce genre, ce médicament en augmente la fréquence et l'intensité. Il est par conséquent prudent de ne pas administrer ce médicament au début des maladies, et de le réserver pour les formes chroniques dans lesquelles on peut, sans inconvénient, employer des doses même assez fortes, à condition toutefois qu'il n'existe aucune lésion du côté du cœur.

V. — Le myrthol comme désinfectant puissant des voies aériennes.

Le myrthol qu'on trouve dans le commerce se présente sous la forme d'un liquide incolore, d'une odeur très agréable. Il forme une partie de l'essence de myrthe, et bout entre 160 et 170 degrés. La meilleure forme d'administration consiste en capsules gélatineuses contenant

chacune 15 centigrammes de substance. Ce médicament a été expérimenté pour la première fois en France, par le Dr Linarix contre les maladies des voies respiratoires et génito-urinaires. Pour obtenir la disparition de la mauvaise odeur que répandent les malades atteints de bronchite putride, ou de gangrène pulmonaire, le professeur Richhorat, de Zurich, conseille d'en administrer, toutes les deux heures, deux ou trois capsules. Il ne faut cependant pas aller trop loin parce que, à la longue et à haute dose, le myrthol produit de l'inappétence.

L'effet du médicament est très rapide, et souvent on observe après l'absorption de quelques capsules seulement, la disparition de la mauvaise odeur des crachats et de la respiration des malades. Bientôt diminue la quantité des crachats. On a observé souvent des guérisons complètes.

VI. — L'ACÉTOPHÉNONE.

L'acétophénone a été recommandé comme hypnotique, principalement en France. Le Dr Kamenski a entrepris une sé.ie d'expériences de laboratoire dans le but d'étudier les effets physiologiques de ce corps. Il arrive aux conclusions suivantes : L'acétophénone abaisse la sensibilité ; à forte dose et à dose modérée, il provoque le sommeil.

Il accélère les battements du cœur, probablement par excitation de l'appareil nerveux accélérateur. Il excite l'activité du centre respiratoire, mais à dose élevée, il paralyse ce centre et la respiration s'arrête complètement.

Il abaisse la pression du sang en agissant sur les centres vaso-moteurs et sur le cœur dont il paralyse l'action.

Des doses fortes et des doses moyennes abaissent l'irritabilité du cerveau. Des doses faibles produisent le même effet sur la moelle épinière. Dr Gabalda.

REVUE DES JOURNAUX ESPAGNOLS

Mémoire du Dr Pinilla au Congrès homœopathique. — Réponse du Dr Garcia Lopez. — Répliques du Dr Pinilla et du Dr de Hysern. — Conclusions.

Le mémoire du Dr Pinilla, de Madrid, sur *la thérapeutique homœopathique et ses relations avec les autres branches de la thérapeutique*, envoyé au Congrès international d'homœopathie, n'a pas été discuté parce que son auteur était absent. Le *Criterio medico* du 30 septembre dernier ayant publié ce mémoire, une polémique en est résultée dans le numéro suivant du même journal. Nous allons publier d'abord le mémoire de Pinilla, puis nous résumerons les différents articles qui ont été écrits à ce propos.

« La thérapeutique homœopathique, par ses relations avec les autres branches de la thérapeutique et par sa situation protestant contre la tradition, s'est créé une position difficile dans le champ de la science.

« D'un côté, il faut demander si tous les médecins homœopathes sont d'opinion que la règle *similia similibus* n'est qu'une règle entre les nombreuses connues quoique la plus applicable de celles que la science a indiquée. Et d'autre part, il faut savoir si ladite loi est tellement générale qu'il soit impossible d'admettre une autre loi pour le traitement des maladies.

« Pour les homœopathes inspirés dans les dernières tendances d'Hahnemann, c'est-à-dire pour ceux qui veulent employer seulement les doses infinitésimales, toutes les maladies doivent se traiter d'après le *similia* et toujours par hautes doses.

« Quant à moi, je désire prouver qu'on ne doit pas traiter toutes les maladies en se tenant à la loi des semblables, ni que tous les remèdes doivent s'administrer en doses infinitésimales. La loi ou la règle thérapeutique du *similia* qui, pour beaucoup de médecins, est effectivement une loi, et qui pour moi est seulement une règle de conduite pratique, n'est applicable qu'à certain nombre de cadres morbides, mais ne peut aucunement être considérée d'une application absolue.

« Sans entrer dans le terrain de la chirurgie dans lequel cette loi souffre de grandes restrictions parce qu'on ne peut pas traiter homœopathiquement, par exemple, ni la scoliose, ni la rupture des ligaments vertébraux (cette dernière affection qui est très commune et qui se confond avec le mal dit de Pott),sans entrer, dis je, dans le terrain de la chirurgie, il est possible de citer plusieurs exemples parmi lesquels la thérapeutique homœopathique n'est pas applicable. Les homœopathes en général ne le comprennent pas ainsi et nos adversaires nous le reprochent avec assez de raison.

« Je me rappelle qu'il y a quelque temps un malade, qui souffrait d'une constipation opiniâtre et auquel un médecin homœopathe avait administré de la *nux vomica*, *l'opium*, etc., devint dans un état tellement grave que son aspect était cadavérique. Chargé, à la suite d'une consultation du traitement de ce malade, je suspendis celui précédemment ordonné, et, comprenant que la cause de la

maladie était une ampoule au *rectum*, je le guéris avec l'application d'un lavement forcé.

« Je sais bien que l'administration du sulfate de quinine dans le traitement d'un grand nombre de fièvres paludéennes n'est pas selon un principe homœopathique, mais peut-on s'excuser de l'appliquer?

« Doit-on renoncer à l'injection hypodermique de morphine, dans les coliques néphrétiques ou hépatiques, quand on n'aboutit pas rapidement avec les remèdes choisis soigneusement par la règle *similia*?

« Il existe un autre genre de maladies dans lesquelles le doute peut être fatal, par exemple un embarras gastrique provoqué par une indigestion de mets avariés.

« Un émétique peut faire disparaître la cause (fermentations et formations de produits comme *l'indol*, *l'eukatol*, etc.), capable d'auto-intoxiquer l'organisme. Ne serait-ce pas perdre le temps que de faire prendre des globules?

« Le traitement de l'angine diphthéritique par les atmosphères médicamenteuses de brome ou phéniquées qui m'ont donné (surtout les premières) de magnifiques résultats, pourrait-il être considéré comme homœopathique? L'application intérieure du brome est-elle suffisante? Quant à moi, je suis pleinement convaincu que l'application locale du médicament est absolument nécessaire.

« Dans les maladies des poumons, le succès obtenu avec les atmosphères médicamenteuses d'azote, d'air comprimé et d'acide fluorhydrique est évident.

« Dans celles du cœur, et dans la période d'asystolie, il est nécessaire quelquefois de vaincre le danger du moment avec l'application de toniques *névro-vasculaires*. Le médicament appliqué pour la lésion doit être homœopa-

thique, mais pour les symptômes du moment, les médicaments peuvent varier.

« Il est évident aussi qu'il n'est pas toujours possible de guérir les malades d'après la loi des semblables. Eh bien! est-il juste qu'on nous qualifie scientifiquement d'être éclectiques ou homœopathes impurs pour cette raison?

« Mon opinion est que le médecin doit utiliser tous les agents médicamenteux et admettre les diverses lois auxquelles ils obéissent dans leurs résultats. Entre les médecins allopathes et nous autres les homœopathes, il n'y a qu'une différence qui est que nous autres, nous acceptons l'existence d'une autre classe de médicaments, et surtout d'autres doses que celles par eux employées, par conséquent d'une autre loi thérapeutique.

« L'homœopathie a principalement un caractère positif et doit utiliser tout ce qui peut être convenable au malade.

« La conscience et la qualité du médecin doivent être les seuls responsables de ses actes.

« Ce serait une erreur presque criminelle de juger qu'à l'état actuel de la science, nous ne devons pas employer comme méthode curative l'hydrothérapie, l'électrothérapie, l'hypnotisme et d'autres moyens connus simplement parce qu'ils sont différents de l'homœopathie.

« Il faut laisser à part ce que l'homœopathie a d'historique et conserver sa partie scientifique.

« Abandonnons donc le caractère absolu dans l'application de la loi *similia* et laissons aussi l'application trop étendue des doses infinitésimales.

« Par contre, la tendance à l'application du remède unique (dont l'expérience physiologique a été faite) est et sera toujours également vraie. Comme il est vrai égale-

ment que les semblables doivent se traiter avec les semblables, mais jamais comme règle absolue de toute la thérapeutique ; c'est mon opinion.

« Tous les homœopathes dédiés aux spécialités (malheureusement ils ne sont pas nombreux) admettent ces idées.

« La constance dans une idée scientifique n'est pas l'obstination à méconnaître tout progrès.

« Nulle vérité n'est absolue, et nous ne pourrions actuellement jurer par aucun dogme quand toute hétérodoxie peut contribuer au progrès.

« Si l'homœopathie s'entête à soutenir une physiologie vitale, spéciale, une pathologie ayant pour base les *maladies* chroniques d'Hahnemann, une clinique s'appuyant sur des symptômes subjectifs et une thérapeutique exclusive avec des médicaments à la 30e dilution, elle aura effacé la page glorieuse qu'elle consigna dans l'histoire de la médecine en instituant l'expérimentation physiologique des médicaments, les remèdes uniques et les doses minimes qui, unis au *similia similibus*, forment la base de la médecine positive. »

Le Dr Garcia Lopez combat complètement les idées du Dr Pinilla. Pour lui la loi des semblables est une loi absolue « celui qui pense que le simile n'est pas une loi générale thérapeutique, ou qui l'admet seulement comme règle de pratique pour quelques cas, celui-là n'est pas un homœopathe, mais bien un empirique éclectique ».

« Le Dr R. Pinilla paraît être bien plus un allopathe faisant quelques concessions à l'homœopathie. »

Le Dr Garcia Lopez reconnaît ensuite que l'on peut employer les hautes ou les bases dilutions. « Dans l'école

homœopathique, les uns emploient les fortes doses, d'autres les faibles, d'autres les emploient toutes depuis les teintures et les premières triturations jusqu'aux dilutions les plus élevées, ce qui prouve que l'atténuation est une question secondaire ; ce qui est essentiel, c'est que le médicament soit homœopathique. »

Pour la question de chirurgie, il fait remarquer « que les procédés chirurgicaux n'appartiennent ni à l'allopathie, ni à l'homœopathie ; ils sont, comme l'hygiène, communs à tous les systèmes ; de plus, dans certains cas qui demanderaient des opérations chirurgicales, les médicaments homœopathiques combattent mieux que tout autre l'affection amenant la lésion anatomique qui aurait exigé une opération ».

« Les purgatifs, les cataplasmes, etc., qui détruisent un phénomène morbide important, ne sont ni allopathiques ni homœopathiques et peuvent être considérés comme des auxiliaires..... il en est de même pour l'hydrothérapie, le massage, la suspension... Les eaux minérales rentrent dans la loi de similitude sauf ce qui est de l'hydrothérapie... Quant au sulfate de quinine donné dans les quantités de l'école ancienne contre les fièvres intermittentes paludéennes, ce médicament agit de deux manières : ou il est homœopathique à la fièvre, et dans ce cas il suffit d'une dose minime, une grande quantité pouvant être nuisible ; ou, il n'est pas homœopathique, il opère uniquement contre le microbe ou le miasme de la fièvre paludéenne, dans ce cas il ne réalise qu'une partie de la guérison. »

« Les injections sous-cutanées de morphine dans les coliques hépatiques ou néphrétiques ne les ont pas encore guéries une seule fois. Elles endorment la sensibilité

comme l'ivrogne est endormi par ses libations alcooliques, elles ajouteraient même à la maladie les effets pernicieux du narcotique. L'homœopathie a des médicaments pour tous ces cas et les guérit y compris le symptôme douleur, sans avoir besoin des injections sous-cutanées. Le médecin homœopathe, qui n'y parvient pas, ne connaît pas à fond la matière médicale et attribue à l'insuffisance de la matière, ce qui est son insuffisance propre. »

Le D[r] Garcia Lopez termine en disant que « les affirmations du D[r] Pinilla sont une réaction vers l'allopathie ».

Le D[r] de Hysern avait dans une note du numéro de septembre du *Criterio médico*, formulé quelques objections au mémoire du D[r] Pinilla. Ce dernier répond à cette note dans le numéro d'octobre ; voici les principaux passages de cette réponse.

Après un préambule sur la note du D[r] de Hysern le le D[r] Pinilla affirme « que le retard dans lequel se trouve aujourd'hui l'homœopathie surtout en Espagne vient de ceux qui désirent une intransigeance de doctrine et de procédés, qui n'est ni admise par la science d'aujourd'hui, ni consacrée par les véritables fondements de la réforme de Hahnemann ».

Après avoir rappelé ce qu'il a dit dans son mémoire, il résume plus loin ce qu'il entend par homœopathie :

« 1° Employer des remèdes dont les effets positifs sur l'organisme sain ressemblent à ceux qui sont provoqués par la maladie naturelle ;

« 2° Etudier les médicaments sur un individu en état de santé pour s'assurer du genre de troubles qu'ils peuvent produire ;

« 3° Administrer ces médicaments en plus petite quan-

tité que celles dont on se sert pour provoquer leur action physiologique ;

« 4° Donner un seul de ces médicaments à la fois et sans mélange d'aucune autre substance médicamenteuse.

« Voilà l'homœopathie ; et ceux qui, plus catholiques que le pape, veulent faire patronner leurs exagérations par Hahnemann lui-même, exposent au ridicule cette doctrine incontestée.

« Combien s'est-on appliqué à nier le progrès en médecine depuis la naissance du maître ! Quel malheureux fanatisme !

« Hahnemann, astre de première grandeur au firmament de la science, ignorait beaucoup de choses que nous savons aujourd'hui. »

Le Dr Pinilla termine en montrant que la thérapeutique homœopathique est basée 1° sur la connaissance des phénomènes pathologiques, 2° sur la connaissance de l'action du remède et 3° sur la relation qui existe entre ces deux termes.

Le Dr L. de Hysern répond à cet article et au mémoire du Dr Pinilla en les opposant l'un à l'autre et en déclarant que l'article est une réfutation du mémoire.

Il entre ensuite dans une exposition des maladies dynamiques et non dynamiques en réponse à ce que M. Pinilla a dit du reste dans l'article précédent, discussion dans laquelle nous n'entrerons pas.

Comme conclusion, nous dirons que voilà beaucoup de bruit pour peu de chose, que nous considérons M. Pinilla comme étant dans la vérité thérapeutique, que nous serions prêt à contresigner son mémoire sauf quelques modifications de détail. Du reste la plupart des homœopathes

français, anglais et américains sont aujourd'hui d'un avis analogue.

L'homœopathie est la partie la plus importante de la thérapeutique : elle consiste dans l'étude de la matière médicale pure, la loi de similitude, les doses non perturbatrices (infinitésimales ou pondérales) ; à côté d'elles existent les médications palliatives, évacuantes, etc. et les moyens adjuvants, électricité, hydrothérapie, etc.

Tout médecin digne de ce nom, doit les connaître et les employer, suivant les cas à traiter et dans l'intérêt de ses malades ; il doit être un médecin, non un sectaire.

D[r] Marc Jousset.

VARIÉTÉS

La folie opératoire.

Les progrès de la chirurgie ont été si grands depuis quelques années que les opérations les plus difficiles et les plus graves sont devenues monnaie courante et que nous devons nous demander où les chirurgiens s'arrêteront. En France, nous devons le reconnaître, ils ont encore une certaine retenue et pour la plupart ne font les opérations que lorsque la nécessité en est absolument démontrée.

Nous savions qu'il n'en est pas de même partout et qu'en Amérique en particulier on opère à tort et à travers; nous en donnerons comme preuve les quatre observations suivantes dont nous empruntons la traduction (1) au D[r] Guermonprez.

---

(1) Journal des sciences médicales de Lille, 31 janvier 1890, observations traduites de l'American Journal of médical association

Une dame souffre d'accidents, pour lesquels elle consulte un chirurgien. Celui-ci reconnaît d'emblée que les accidents ont leur point de départ dans le système utérin. Il examine pour s'en rendre compte ; et il constate, dans le bas-ventre, l'existence d'une tumeur à peu près grosse comme le poing. Sans en acquérir la certitude, il suppose la nature fibreuse de cette tumeur et il propose l'un des traitements accrédités en pareil cas. Sa proposition étant acceptée, il ouvre le ventre, enlève les deux ovaires et les deux trompes. L'opérée guérit ; mais la tumeur continue à se développer. Le temps se passe ; et, six mois après l'opération du chirurgien, survient un événement qui explique tout : les accidents du début, la tumeur du bas-ventre, son développement progressif : en effet, cette dame donne le jour à un garçon admirablement formé !

Une femme de constitution robuste avait eu régulièrement un enfant tous les deux ans durant dix années consécutives. Craignant de voir sa famille s'accroître indéfiniment, elle va consulter un chirurgien éminent pour une prétendue maladie des ovaires : il n'y avait d'ailleurs aucune modification appréciable de ces organes. On décide l'opération de la castration ovarienne : on la pratique et on la réussit. Maintenant le chirurgien et la femme sont également satisfaits, l'un d'avoir pratiqué sans accident une oophrectomie, l'autre de s'être mise à l'abri d'une nouvelle grossesse.

Une jeune femme de la plus haute éducation, mais d'un tempérament un peu nerveux, avait vécu heureuse pendant les trois ou quatre premières années de son mariage. Au bout de dix-huit mois, elle s'était vue mère d'un garçon bien portant, et, un an et demi plus tard, un second enfant lui était encore venu. Vers cette époque, le mari se laisse aller à un usage immodéré de la morphine et de la cocaïne; du coup, sa femme, qui lui est passionnément dévouée, tombe dans un état nerveux dépendant de l'hystérie. Par sa sollicitude importune, elle pousse son mari à des excès plus grands encore. L'un de ces excès trouble tellement la raison de la femme, qu'elle absorbe, dans une intention de suicide, une forte dose de chloral. A la fin, le mari, qui n'était pas sans quelques notions superficielles de médecine,

conçoit l'idée que les ovaires et les trompes de sa femme sont la cause première de ces troubles domestiques, et il recourt aux lumières d'un docteur. Celui-ci pratique deux fois par mois l'exploration de la malade, et il ne découvre rien d'anormal dans les organes de son ventre. D'ailleurs, les deux grossesses encore récentes, survenues à court intervalle et heureusement terminées, prouvaient jusqu'à l'évidence que l'état du système génital était, chez cette femme, absolument physiologique. De son côté, la malade affirmait, contrairement aux prétentions de son mari, que son état nerveux n'était dû qu'aux soucis que lui causait la déplorable habitude de celui-ci. Aussi plusieurs médecins conseillèrent au mari la réforme de sa conduite, comme le plus sûr moyen de guérir sa malheureuse femme. Mais lui n'écoute rien ; et, dans l'état d'irresponsabilité imputable à son abus des narcotiques, il finit par trouver un praticien légalement diplômé, qui, sans plus délibérer, ravit à cette femme ses trompes et ses ovaires parfaitement normaux. La patiente a survécu à l'opération ; mais son état mental ne s'est pas amélioré et il ne s'améliorera pas, tant que la véritable cause de ce trouble nerveux n'aura pas disparu.

Il y a quelques mois, on avait le triste courage de publier, dans le *Journal de médecine et de chirurgie de Boston*, une observation d'ablation des ovaires et des trompes pratiquée sur une jeune fille, sous prétexte d'habitudes de masturbation !

Qu'ajouter à ces faits? Ils sont assez éloquents par eux-mêmes. Nous devons fortement blâmer ces chirurgiens qui ont fait des opérations aussi graves par la stérilité qu'elles produisent, soit après un examen superficiel, soit pour des raisons insuffisantes. Ce n'est pas là de l'art sérieux et honnête, c'est un véritable délire opératoire.

Dr Marc Jousset.

BIBLIOGRAPHIE

Traité d'hygiène publique et privée.

Le professeur Rosenthal, d'Erlangen, a publié son cours d'hygiène et ce volume est devenu populaire en Allemagne. Le D[r] Lavraad, de la faculté catholique de Lille, nous en donne une traduction (1) qui vulgarisera cet ouvrage parmi les médecins de langue française. Ce livre est assez gros, il a éte divisé en quatre parties, l'*hygiène générale*, qui étudie le sol, les égouts, l'atmosphère, les climats, la ventilation des appartements, le chauffage, le vêtement ; l'*hygiène alimentaire* ; l'*hygiène professionnelle*, qui contient les empoisonnements, et l'*hygiène prophylactique*.

Guide pratique de l'analyse des urines.

Sous ce titre, M. Francotti, nous présente la traduction d'un petit traité (1) de Laache, de Christiania, contenant sous un petit volume, un résumé très complet de toutes les recherches que l'on peut faire sur les urines. C'est un petit livre qui rendra de très grands services, non seulement aux médecins praticiens qui ne peuvent que faire des analyses qualitatives, mais même pour les pharmaciens et les chimistes qui y trouveront un exposé critique des diverses méthodes de dosage.

Traité de pharmacologie, de thérapeutique et de matière médicale.

Ce gros volume (1) est la traduction du traité de

(1) Chez Manceaux, 12, rue des Trois-Têtes, à Bruxelles.

Lauder-Brunton, professeur de matière médicale à Londres ; cet ouvrage a été pour nos confrères homœopathes anglais le point de départ d'une polémique très intéressante ; car il contient un certain nombre de médicaments homœopathiques, indiqués d'après leur action homœopathique et qui ont été nécessairement empruntés aux travaux des homœopathes de langue anglaise. Nous sommes heureux de voir nos médicaments entrer ainsi dans la pratique courante, quoiqu'ils y entrent en quelque sorte sous un masque ; nous les revendiquerons comme nôtres et nous espérons bien un jour pouvoir démontrer que nos confrères allopathes ne sont souvent que des homœopathes inconscients ou honteux, ce qui permettra alors de faire disparaître ces dénominations de polémique et de nous réunir tous sous un seul nom, celui de médecins, désireux d'unir tous nos efforts pour la démonstration de la vérité thérapeutique. J. Marc Jousset.

NÉCROLOGIE

Docteur Charles Ozanam

Le docteur Charles Ozanam vient de mourir, il a été frappé, pendant sa consultation, d'un premier accès d'angine de poitrine qui l'a tué en moins de trois quarts d'heure.

Ancien interne des hôpitaux de Paris, Ozanam était un élève de Tessier et il contribua à la fondation de l'*Art médical.*

Ozanam appartenait à une famille lyonnaise qui illustra les sciences et les lettres. Son père fut un médecin distin-

gué, il a écrit une *histoire des épidémies*. Son frère, philosophe et littérateur, a laissé une grande et légitime renommée. Charles Ozanam n'a point failli aux traditions de la famille, et il fut de la race des grands médecins, à la fois savant et praticien.

Savant, il a laissé de nombreux travaux de thérapeutique, en particulier sur le *venin des arachnides*, sur les *anesthésiques*, sur le *brome* qu'il vulgarisa en France dans le traitement du croup. Enfin, dans ses dernières années il a publié un livre fort important sur la *circulation*.

Praticien, il a usé sa vie dans les travaux que nécessitait une grande clientèle ; nul labeur ne lui semblait trop dur pour élever sa nombreuse famille : en effet, Ozanam avait onze enfants, pas de patrimoine, et pour suffire à ces charges considérables il eut à supporter un travail excessif qui contribua à abréger sa vie.

Ozanam aimait la chirurgie ; il fut le premier chirurgien de l'hôpital Saint-Jacques, où souvent il nous a étonné par la hardiesse de ses opérations ; son esprit ingénieux créait sans cesse de nouveaux instruments et de nouveaux procédés opératoires, et il avait quelque chose qui nous rappelait notre premier maître Récamier.

Ozanam inventa un sphygmographe extrêmement sensible, qui non seulement donnait le tracé ordinaire, mais pouvait, avec une légère modification, donner la photographie du pouls.

Nous ne pouvons terminer ce trop court article nécrologique sans dire un mot du caractère d'Ozanam. C'était un homme de devoir, et dans deux occasions importantes il sut sacrifier ses intérêts à ses convictions.

Bibliothécaire à l'Académie de médecine et mis en de-

meure de renoncer à sa place ou à la pratique de l'homœopathie il n'hésita pas à envoyer sa démission.

Beaucoup plus tard, dans un âge déjà mûr, et père d'une nombreuse famille, il quitta tous ses intérêts pour aller servir comme chirurgien, au milieu des zouaves pontificaux.

Tel est l'homme que nous venons de perdre.

Dr P. JOUSSET.

RÉPERTOIRE

DE MATIÈRE MÉDICALE ET DE THÉRAPEUTIQUE

LE PHÉNYLURÉTHANE. — C'est un antipyrétique énergique; 0,50 correspond environ à 1 gr. d'antipyrine, et produit un abaissement de température de 1 à 3 degrés, pendant 4 à 12 heures; cet abaissement commence 20 à 40 minutes après l'ingestion du médicament et s'accompagne de sueurs profuses. Dans les douleurs du rhumatisme, à dose plus forte, il a une action favorable sur les douleurs et le gonflement articulaire. Il s'administre surtout dissous dans du vin de Marsala. (*Giornale della R. Acad. di medic. di Torino*, juin et juillet 1889.)

ACTION DU CHLORAL SUR LES REINS. — Le chloral, en injection intrapéritonéale chez le chien, produit de l'albuminurie et souvent le passage de globules rouges dans l'urine; à hautes doses, il détermine la destruction de l'épithélium et l'infiltration de petites cellules dans le tissu conjonctif interstitiel. Il est probable qu'il agit comme irritant à la façon du phosphore et de la cantharidine. (*Id.*, juin et juillet, 1889.)

Le Directeur-Gérant. P. JOUSSET.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3

L'ART MÉDICAL

AVRIL 1890

COMPTE RENDU ANNUEL DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

RAPPORT MÉDICAL DU D[r] TESSIER, MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

Mesdames, Messieurs,

Vingt ans déjà se sont écoulés depuis le jour où, pour la première fois, les amis et les bienfaiteurs de l'hôpital Saint-Jacques se sont réunis pour entendre le rapport du premier exercice de cette œuvre bienfaisante. Vingt fois nous avons pu constater combien votre charité était inépuisable, et quelles sympathies entouraient cette fondation à laquelle vous n'avez pas cessé de prêter votre concours. Vous avez suivi pas à pas cette existence, remplie de vicissitudes et de difficultés, mais, malgré tout, vivace et prospère, comme le sont d'ailleurs presque toutes les entreprises dont le but est de venir en aide aux malheureux et aux déshérités de la fortune. Non seulement l'œuvre a vécu, mais encore nous l'avons vue grandir et se transformer. Les dix ou quinze lits de l'ancien hôpital se sont multipliés. Nos nouvelles constructions en abritent plus de cinquante ; et ce nombre pourrait être facilement dépassé.

Cinquante lits, c'est peu de chose pour une administration publique; c'est beaucoup pour une œuvre particulière qui ne reçoit ni subventions, ni traitement, et qui repose tout entière sur la bienveillance et la générosité de ses bienfaiteurs et de ses amis.

Un certain nombre d'entre vous pensent que désormais nous aurons moins besoin de recourir à leur bourse. Ils ont appris par les journaux qu'une personne charitable, Mlle Vinet, avait doté l'hôpital Saint-Jacques d'une somme considérable, et que, grâce à cet héritage inespéré, le présent et l'avenir paraissent assurés. Détrompez-vous bien, Mesdames et Messieurs, cet héritage nous permet simplement de supprimer la redevance que nous étions obligés de réclamer à nos malades. Jusqu'à ce jour le prix de chaque lit des salles communes était d'un franc cinquante centimes par journée d'hôpital. Désormais, après une délibération et un vote du Conseil d'administration, les salles publiques seront entièrement gratuites et pour y avoir accès, il suffira d être atteint d'une maladie aiguë. Cette décision sera fort onéreuse et absorbera presque tout le revenu de notre héritage, mais nous avons pensé que nous ne pouvions mieux employer cet argent qu'à en faire profiter les pauvres malades. Le Conseil d'État d'ailleurs, sans nous rien imposer, a jugé que cette modification a nos statuts primitifs était sage et opportune, et nous n'avons pas hésité à déférer à ses désirs, qui se trouvaient être d'accord avec nos propres résolutions.

Vous voyez que nous ne sommes pas prêts de renoncer à votre appui matériel, et nous avons la conviction que vous ne cesserez pas de porter l'hôpital Saint-Jacques au budget de vos œuvres de bienfaisance. Notre passé déjà long est pour nous le plus sûr garant de l'avenir.

Je dois vous dire un mot du mouvement des malades pendant l'année 1889. Leur nombre a été assez considérable, puisque du 1er janvier au 31 décembre, nous avons soigné 340 malades: 136 hommes et 204 femmes. Ce chiffre joint aux 37 personnes présentes dans les salles le 1er janvier nous donne un total de 377 malades. Sur ce nombre il y a eu 16 décès, ce qui donne la proportion très restreinte d'un peu moins de cinq pour cent. Je ne veux pas énumérer les différentes maladies qui se sont présentées dans le courant de l'année; permettez-moi pourtant de vous signaler la présence de vingt cas de fièvre typhoïde, parmi lesquels il n'y a pas eu un seul décès. Je ne veux point en conclure que le traitement homœopathique n'a jamais d'insuccès dans cette terrible maladie, mais du moins est-il légitime de faire ressortir sa bienfaisante action, et j'ose le dire, sa supériorité bien manifeste sur les autres méthodes généralement employées.

Mesdames et Messieurs, je me reprocherais de terminer cette courte revue, sans vous dire un mot de la perte bien douloureuse que nous avons faite dans la personne de Mme Thayer, la présidente des Dames Patronnesses de l'hôpital Saint-Jacques. Malgré son grand âge elle s'occupait incessamment de tout ce qui pouvait être utile à l'œuvre qu'elle patronnait. Que de fois, dès le matin, l'ai-je vue arriver à l'hôpital, visiter les malades, encourager le personnel, s'entretenir longtemps avec les sœurs pour lesquelles son affectueuse sympathie se traduisait de mille manières. En un mot, l'hôpital Saint Jacques trouvait en elle une protectrice et une amie dont le dévouement ne s'est jamais démenti. Aussi garderons-nous à sa mémoire un respectueux et reconnaissant souvenir. Mais tout en appréciant la perte que nous avons faite, nous avons la

ferme confiance que le Comité des Dames Patronnesses continuera comme par le passé à nous soutenir dans l'accomplissement de tous les devoirs qu'impose une œuvre hospitalière, qu'il s'agit de diriger, de maintenir et de faire prospérer.

Enfin qu'il me soit permis aussi de donner un témoignage d'affectueux regret et de profonde reconnaissance à la mémoire du Dr Ozanam, qui pendant plusieurs années avait été le chirurgien de l'hôpital. Il laisse parmi nous le souvenir d'un savant remarquable, d'un noble caractère, et d'un chrétien accompli.

RAPPORT FINANCIER DE L'ANNÉE 1889

PAR LE Dr GUÉRIN MÉNEVILLE, TRÉSORIER DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

1° Recettes et avoir :

Reliquat en caisse le 1er janvier 1889 . . .	18.399 75
Rentes des titres en portefeuille.	1.553 35
Titres réalisés.	7.456 60
Souscriptions et dons	10.231 50
Remboursement de frais de séjour par les malades, leurs familles ou leurs bienfaiteurs.	26.453 90
Avoir total en 1889. . . .	64.095 10

2° Dépenses :

Nourriture	19.131 10
Vin (Entrée : 1.967 fr. ; vin : 3.531 fr. 05).	5.498 05
Loyer (1 terme, avril 1888).	5.125 »
A reporter. . . .	29.754 15

Report	29.754	15
Charbon.	4.034	55
Eclairage.	412	90
Gaz	838	70
Blanchissage.	2.038	50
Eau.	274	75
Chaudronnerie, irrigateurs et divers objets.	700	»
Impôts	1.333	20
Ameublements, literie.	849	55
Vidanges	1.638	95
Assurances	88	95
Note de Giffaut, plomberie	1.289	95
— Dubrujeaud, maçon	222	»
— Séregna, fumiste.	892	»
— Gilon, serrurier.	982	70
— M. Delahogue-Moreau.	227	»
— Trapier, peinture	492	90
— Lefébure, menuisier.	5 00	»
— Haillot, fumiste..	147	50
— Mathieu, instruments de chirurgie .	300	»
Bureau, imprimerie, postes, comptes courants, voitures, etc.	427	85
Enregistrement de la 2e période du bail. . .	186	65
Cognac, rhum pour les malades	160	»
Traitement des internes.	1.100	»
— de l'aumonier.	360	»
— des sœurs.	1.500	»
— du concierge	2.027	40
Domestiques, gardes de nuit.	1.930	»
Dépense totale. . .	53.710	15

Balance le 31 décembre 1889 :

Avoir total	64,095 10
Débours de 1889 .	53.710 15
Reliquat en caisse 31 décembre.	10.384 95

Plus en portefeuille :

722 fr, de rente 3 % à fr. 87 40.	21.034 20
700 fr. de rente 4 1/2 % à 105 85.	16,465 55
Total en placements 31 décembre 1889.	37.499 75
Et ajoutant l'avoir en caisse ci-joint . .	10,384 95
Avoir total 31 décembre.	47.884 70

Plus un legs de Mlle Vinet de 500,000 francs; l'opposition d'un héritier nous empêche momentanément d'entrer en jouissance de ce legs.

En 1889, 340 malades, dont 136 hommes et 204 femmes, ont été traités dans l'hôpital Saint-Jacques. Au 31 décembre, il restait dans les salles 36 de ces malades présents. Ces malades ont fourni 15,126 journées, Il y a eu 16 décès. De plus, la consultation externe a été fréquentée par 8,264 consultants.

Nous ferons remarquer que les 26.453 fr, 90 produits par l'hôpital se décomposent ainsi :

7.526	produits par les salles communes	
4.642	—	par la salle à 3 fr.
1,946 50	—	par les chambres à 4 fr.
4.512	—	par les chambres à 5 fr.
2.350	—	par les chambres à 6 fr.
1.224	—	par les chambres à 8 fr.
3.426	—	par les chambres à 10 fr.
827 40	—	par les malades de la consultation.

Nous avons eu 1130 journées de malades dans les salles communes ; il y en a eu 5,018 payantes produisant 7,526 francs, et 6,282 absolument gratuites.

Comme nous avons rendu gratuits à partir du 1^er^ janvier dernier tous nos lits des salles communes, c'est une recette de 7,500 fr. en moins pour cette année.

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

SERVICE OPHTHALMOLOGIQUE

OBSERVATION I. — *Iridectomie pratiquée chez une malade pour des accidents sympathiques consécutifs à une irido-choroïdite.*

Mme Des..., 58 ans, lingère, se présente pour la première fois à ma consultation, en juillet 1889. Elle est atteinte d'une irido-choroïdite de l'œil droit, datant de six mois environ et dont la cause première ne peut être qu'approximativement déterminée.

Les antécédents, en effet, sont nuls ou à peu près ; la malade n'est ni goutteuse ni rhumatisante ; elle n'a jamais présenté d'accidents syphilitiques et sa santé générale s'est toujours maintenue bonne. Habituellement bien réglée, elle a franchi l'âge critique sans que la ménopause ait provoqué de troubles utérins.

La seule circonstance étiologique que nous puissions relever est une céphalalgie persistante, qui s'est développée à la suite d'émotions violentes, la malade ayant dû, sept à huit mois auparavant, assister à l'exhumation de son mari.

Il est probable que sous l'influence de congestions répétées vers la tête, il s'est produit consécutivement une inflammation des membranes irido-choroïdiennes.

Quoiqu'il en soit, au moment où j'examine pour la première fois cette femme, je constate que l'acuité visuelle de l'œil droit est tombée à 1/6 de la normale. La cornée est saine et transparente, mais il existe une injection périkératique très accusée ; l'iris, en outre, est décoloré, verdâtre et soudé à la cristalloïde par des synéchies postérieures totales.

L'atropine, instillée consécutivement pendant plusieurs jours entre les paupières ne parvient pas à rompre les adhérences.

En examinant l'œil à l'ophtalmoscope plan de Coccius, on constate que le corps vitré ramolli est rempli de flocons très tenus, d'aspect grisâtre. La tension intra-oculaire a, du reste, un peu diminué, et comme la vision baisse d'une façon progressive, il est à craindre que l'inflammation de la région ciliaire n'entraîne prochainement une atrophie complète du globe.

Ajoutons que l'œil gauche, atteint de strabisme convergent et d'amblyopie congénitale, est loin d'être bon et que, depuis une quinzaine, la malade se plaint d'en moins voir.

Je donne à l'intérieur *corros hydr.* 3° puis 6°, pour essayer de faire disparaître le trouble du corps vitré. Malheureusement, nous ne nous trouvons pas ici en présence d'une vitréite simple, idiopathique, et les synéchies postérieures, cause première des accidents oculaires, persistant, l'acuité visuelle continue à décroître. En moins d'un mois, elle tombe de 1/6 à 1/10 de la normale. Je donne

alors *belladona* 6°, puis successivement *rhus vernix*, *gelsemium* et *kali bichromicum*.

Aucun de ces médicaments n'ayant réussi à enrayer l'affection, et les accidents sympathiques du côté de l'œil gauche s'aggravant, je me décide, le 21 septembre 1889, à pratiquer une iridectomie destinée à permettre les échanges endosmo-exosmotiques des deux chambres et à arrêter le processus inflammatoire de la région ciliaire.

La malade, qui était très pusillanime, avait demandé à ce qu'on la chloroformât, de sorte que l'opération s'effectua avec la plus grande facilité.

Après avoir sectionné la cornée sur les deux tiers de son pourtour, je saisis l'iris avec de petites pinces courbes et après l'avoir détaché de ses adhérences à la cristalloïde antérieure, je l'excisai en trois temps, de manière à donner à la pupille la configuration classique d'un trou de serrure.

La coaptation des lèvres de la plaie cornéenne étant parfaite, j'instillai quelques gouttes d'atropine et recouvris l'œil d'un pansement antiseptique consistant en une rondelle de lint boraté trempée dans une solution d'acide borique à 3 0/0, recouverte d'un gâteau d'ouate boratée et maintenue au devant des paupières fermées par quelques tours de bande en flanelle.

Le résultat fut des plus satisfaisants et dépassa même nos prévisions; huit jours après l'opération, il ne restait plus aucune trace des phénomènes sympathiques survenus sur l'œil gauche. Quant à l'œil droit, il avait à peu près repris son aspect normal, et, bien que le ramollissement initial du corps vitré persistât en partie, les corpuscules avaient diminué à un tel point que l'acuité visuelle tombée, on s'en souvient, à 1/10 de la normale, était remon-

tée à 1/3, degré auquel elle s'est depuis lors maintenue.

Ajoutons qu'aussitôt après l'opération, qui avait uniquement pour but de pratiquer une brèche dans l'iris et de permettre ainsi aux médications d'agir, je prescrivis, durant les premiers jours, *aconit* et *arnica*, puis, dès que la cicatrisation se fut opérée, *corrosis* 6° alterné avec *kali hydriodicum*.

Observation II. — *Iridectomie pratiquée chez une malade atteinte d'irido-choroïdite glaucomateuse.*

Nous rapprocherons de l'observation précédente celle de Mme Eng... qui présente avec elle plusieurs points de ressemblance.

Cette malade, âgée de 49 ans, a déjà subi, il y a plusieurs années, une iridectomie sur l'œil droit, pour une irido-choroïdite avec synéchies postérieures totales, ayant provoqué des accidents glaucomateux.

De ce côté, la vision est presque entièrement abolie et c'est à peine si la malade distingue le jour de la nuit.

Antécédents syphilitiques certains. Soumise à plusieurs reprises au traitement spécifique, la malade en a toujours ressenti de bons effets, en ce sens que les poussées d'iritis ou de choroïdite se sont promptement amendées. Néanmoins, la dernière atteinte de l'œil gauche, remontant à deux ans environ, ayant été plus sérieuse que les autres et ayant évolué en dehors de tout traitement, il en est résulté des synéchies postérieures complètes qui ont donné lieu, comme sur l'œil droit, à des phénomènes glaucomateux.

Pendant deux ans, j'ai réussi à enrayer les accidents au moyen du traitement spécifique auquel j'associais alterna-

tivement *belladona*, *conium*, *hamamelis*, *atropinum sulfuricum*, etc. ; mais à chaque nouvelle poussée, je constatais que la vision ne revenait jamais complètement à son point de départ et que chaque attaque glaucomateuse faisait perdre environ 1/10 de l'acuité visuelle.

Cette situation m'inspirant pour l'avenir de sérieuses inquiétudes, je songeais à pratiquer une iridectomie lorsque, vers le milieu de novembre 1889, la malade fut, à la suite de ses règles, prise tout à coup d'accidents glaucomateux à forme hémorrhagique et de caractère tellement grave que j'en vins à regretter de n'avoir pas fait l'opération plus tôt.

Pourtant, comme la malade insistait pour qu'on essayât encore pendant quelques jours le traitement médical, je cédai à son désir et le samedi 27, après avoir augmenté les doses de *kali* et de *mercure*, je la quittai en lui recommandant de m'écrire ou même de me télégraphier d'urgence si l'affection venait à s'aggraver.

A ce moment, l'acuité visuelle n'était plus que de 1/10 de la normale. La tension était considérablement surélevée et le globe de l'œil qui, depuis plusieurs jours déjà, présentait une hyperémie assez intense, offrait à la pression la dureté d'une bille de bois.

Ajoutons que l'œil était le siège de douleurs spontanées, excessivement violentes et qui, partant du fond de l'orbite, s'irradiaient vers le front et les tempes.

Sur ces entrefaites, je reçus, le dimanche soir, une dépêche m'annonçant que l'affection avait tellement empiré que la malade n'y voyait plus à se conduire ; aussi, sans plus tarder, lui donnai-je rendez-vous à l'hôpital Saint-Jacques pour le lendemain matin.

Après l'avoir chloroformée, — non sans beaucoup de

peine, — je fis écarter les paupières par un aide, au moyen des élévateurs, afin d'éviter l'emploi du blépharostat qui, dans les cas d'excès de tension du globe, a le grave inconvénient d'exercer une compression sur cet organe et de provoquer quelquefois l'issue du corps vitré.

Je pratiquai l'iridectomie à la partie supérieure. Cette opération, rendue excessivement difficile par les adhérences iriennes, se termina néanmoins sans accident. Après avoir délicatement rompu les synéchies au moyen des petites pinces de Liebreich, je réussis à enlever un lambeau d'iris suffisant pour permettre les échanges entre les deux chambres.

Pendant toute la journée qui suivit, la malade ressentit encore des douleurs assez vives, résultant très probablement de la cicatrisation de la plaie scléro-cornéenne; mais dès le lendemain, les douleurs glaucomateuses avaient entièrement disparu, et depuis lors elles ne se sont jamais reproduites.

Quant à l'acuité visuelle qui, — comme je l'ai dit plus haut — s'était réduite à une simple perception lumineuse quantitative, elle remonta progressivement à 1/20 puis à 1/15 de la normale.

Si médiocre que soit ce résultat optique, il n'est cependant pas à dédaigner, si l'on songe que la malade marchait fatalement vers la cécité complète, et que les poussées glaucomateuses paraissent définitivement enrayées par la brèche que nous avons pratiquée dans l'iris.

Disons aussi que l'amblyopie, actuellement existante, est non seulement le résultat des altérations profondes et indélébiles provoquées par l'excès de tension intra-oculaire, mais encore d'un trouble du corps vitré et des opacités consécutives qui se sont produites dans le cristallin.

Or ces deux dernières altérations sont susceptibles d'être influencées, la première par les médications internes, et la seconde par l'extraction de la cataracte.

Rassuré désormais sur l'avenir de notre malade, nous avons donc tout lieu d'espérer que dans un temps plus ou moins long, elle arrivera à recouvrer une vision très suffisante pour lui permettre de vaquer à ses occupations domestiques.

Néanmoins, et c'est le point sur lequel nous voulons insister (car c'est le fait capital qui se dégage de notre observation), il est absolument regrettable que nous ne nous soyons pas décidé plus hardiment à pratiquer l'opération de l'iridectomie. En voulant temporiser, nous n'avons réussi qu'à laisser les désordres s'accroître, et il est probable que si, dès le début des accidents, nous nous étions adressé au traitement chirurgical, la vision de l'œil gauche fût restée bien meilleure.

Dans le glaucome, en effet, qu'il soit primitif ou secondaire, il ne s'agit pas seulement d'un processus pathologique, mais bien d'une lésion en quelque sorte mécanique.

L'hypersécrétion des liquides intra-oculaires, insignifiante lorsqu'elle est de courte durée, a, par contre, lorsqu'elle persiste, des conséquences qui ne tardent pas à devenir désastreuses. Repoussées de toutes parts par les liquides secrétés en excès, les membranes profondes éprouvent bientôt des troubles circulatoires auxquels s'ajoute la compression directe des fibres nerveuses de la rétine et de la papille.

Si l'on ne parvient pas à faire rétrocéder cette hypersécrétion et à ramener les milieux de l'œil à leur tension normale, il faut, on le comprend, de toute nécessité, que

par des moyens mécaniques, comme la lésion elle-même, on fournisse aux liquides en excès une issue vers l'extérieur.

Lorsqu'il n'existe pas de synéchies postérieures totales et que les deux chambres communiquent encore entre elles, il suffit souvent de pratiquer une simple paracentèse ou une sclérotomie, mais si, — comme dans nos deux observations précédentes, — il existe des adhérences complètes, il est beaucoup plus sûr de pratiquer une iridectomie.

Presque toujours, en pareil cas, il se produit une cicatrice lâche, ectatique et comme feutrée qui, pour peu que l'hypersécrétion des humeurs persiste, agit à la façon d'un filtre et laisse facilement transsuder l'excès de ces liquides.

Observation III. — *Iridectomie optique pratiquée chez un enfant atteint de leucomes cornéens.*

L'iridectomie optique est, comme son nom l'indique, destinée à créer un passage aux rayons lumineux et à pratiquer ce qu'on appelle une *pupille artificielle.*

Cette opération, moins urgente que l'iridectomie antiphlogistique ou anti-glaucomateuse est tout aussi utile que ces dernières, en ce sens qu'elle est souvent le seul moyen de ramener la vision.

Les deux observations qui vont suivre, empruntées à notre clinique ophtalmologique de l'hôpital Saint-Jacques, feront voir combien cette opération peut parfois rendre de services.

Le jeune Ch... René, âgé de 9 ans et demi, présente, à la suite d'ulcérations (probablement strumeuses) de l'en-

fance, des leucomes cicatriciels très opaques, occupant la partie centrale des deux cornées.

Cet enfant a eu, paraît-il, une fièvre typhoïde à 2 ans et demi et la rougeole à 3 ans. Il est de constitution faible et, bien que les parents nient tout accident scrofuleux, il n'est pas douteux pour nous que les lésions oculaires aient été de cette nature.

Quoiqu'il en soit, la vision qui se trouvait presque complètement abolie pouvait être considérée comme à jamais perdue, bien que toutes les autres parties de l'œil fussent absolument saines. En effet, si les troubles interstitiels, parenchymateux, vasculaires ou ulcéreux de la cornée sont susceptibles de résorption, il n'en est plus de même des altérations cicatricielles qui, lorsque la cicatrice est épaisse, persistent indéfiniment et ne se laissent pour ainsi dire pas influencer par les médications soit internes, soit externes.

Pendant plusieurs années, le jeune Ch... avait été successivement soumis aux douches médicamenteuses, aux pulvérisations de calomel, aux pommades irritantes à base de précipité jaune ou rouge, et à tout l'arsenal des préparations externes usitées en pareil cas. Il avait pris en outre de nombreuses médications allopathiques (huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer, carbonates et phosphates, etc., etc.).

Son état étant resté stationnaire, le Dr Trousseau se décida à pratiquer sur l'œil gauche une iridectomie optique destinée à livrer passage aux rayons lumineux dans un des points périphériques où la cornée avait conservé sa transparence normale.

Le résultat avait été absolument satisfaisant et de cet

œil, l'enfant avait immédiatement recouvré une acuité visuelle égale à un tiers de la normale.

Quelque temps après, il me fut amené. La mère, ayant entendu parler de la médication homœopathique, venait me prier de l'essayer sur son fils, espérant qu'avec son aide je parviendrais à éviter une opération sur l'œil droit.

J'examinai l'œil et me convainquis facilement que cet espoir était chimérique. La cicatrice, d'aspect gris blanchâtre, occupait toute l'étendue de l'ouverture pupillaire et son épaisseur était telle que la cornée se trouvait érodée sur près du tiers de son épaisseur.

Néanmoins, comme il n'y avait aucun péril en la demeure, je prescrivis successivement *calcarea carbon*, *mercurius solub*, *silicea*, *sulfur* et *conium*.

Ainsi que je l'avais prévu, ces diverses médications n'amenèrent aucun résultat, et comme l'enfant se trouvait très gêné de ne pas avoir la vision binoculaire, la mère se décida à laisser faire une seconde opération.

Le 12 octobre 1889, je pratiquai, à mon tour, une iridectomie optique sur l'œil droit. L'opération fut des plus simples. J'instillai préalablement quelques gouttes de cocaïne au 1/10, puis, la cornée étant ainsi insensibilisée, je sectionnai la cornée à la partie supérieure, j'attirai l'iris avec des pinces, et l'excisai sur une étendue d'environ 5 millimètres carrés.

Pansement antiseptique habituel.

Dès le lendemain, la plaie scléro-cornéenne était entièrement cicatrisée, et aujourd'hui le petit malade a, des deux côtés, une acuité visuelle égale à près de 1/2 de la normale.

Observation IV. — *Iridectomie optique chez une malade atteinte de cataracte double centrale.*

Ici, les cornées étaient entièrement transparentes. L'obstacle au passage des rayons lumineux se trouvait dans le cristallin qui présentait, de chaque côté, des opacités centrales.

Voici, du reste, l'observation détaillée de cette malade :

Mme Mag..., 40 ans, se présente à notre clinique, accusant une diminution considérable de la vision qui, du reste, a toujours été défectueuse. Aucune maladie grave antérieure. Depuis deux ans, elle est atteinte de chloro-anémie avec phénomènes nerveux fréquents, mais qui ne suffisent pas néanmoins à expliquer l'amblyopie existante.

Il y a huit mois environ, la vision diminua tout à coup d'une façon rapide. A cette époque se rattache l'apparition d'une polyurie simple, qui paraît avoir été d'origine nerveuse. En effet, plusieurs analyses faites à différents intervalles, n'ont décelé ni sucre ni albumine.

L'éclairage oblique ne nous ayant rien montré d'anormal ni du côté des cornées ni du côté de l'iris, nous procédons à l'examen ophtalmoscopique qui nous dévoile l'existence d'une cataracte double, affectant la forme étoilée et ayant son maximum d'intensité dans les parties centrales et postérieures du cristallin. Les régions périphériques, par contre, sont presque entièrement indemnes.

Etant donné l'âge de la malade, il ne peut être question ici d'une cataracte sénile.

Les membranes profondes étant en outre absolument normales, nous ne pouvons songer à une cataracte d'ori-

gine oculaire. Enfin, l'existence d'une cataracte diabétique étant également écartée, il ne reste plus que l'hypothèse d'une cataracte polyurique, variété relativement assez fréquente et qui, lorsqu'elle est parvenue à son summum, reste généralement stationnaire pendant de longues années.

Par suite de leur situation, les opacités occupant tout le champ pupillaire, la vision est, on le comprend, fort troublée.

Pour la rendre meilleure, je songeai alors à pratiquer une iridectomie optique ayant pour but de créer une pupille artificielle au-devant des couches cristalliniennes restées transparentes.

Pour bien nous rendre compte de ce qu'il adviendrait, nous instillâmes préalablement quelques gouttes d'atropine dans les deux yeux. La malade ayant immédiatement accusé une amélioration notable, nous n'hésitâmes plus et pratiquâmes, séance tenante, une double iridectomie.

Je n'insisterai pas sur le manuel opératoire qui fut, comme dans le précédent cas, classique. Le résultat fut ce que nous en attendions. L'acuité visuelle remonta brusquement de 1/10 à 1/4, ce qui permit à la malade de se livrer de nouveau à ses occupations.

On nous demandera peut-être pourquoi, l'atropine ayant procuré une amélioration marquée, nous lui avons préféré une opération.

Plusieurs raisons nous ont décidé à ce choix. C'est d'abord l'innocuité absolue de l'iridectomie et la certitude de succès qu'elle donne, lorsque le segment antérieur de l'œil est normal et qu'il n'existe pas de synéchies postérieures.

C'est ensuite la difficulté que l'on éprouve à obtenir une mydriase atropique persistante, sans aboutir à la saturation du malade.

Cet alcaloïde, en effet, nécessite une grande prudence, et son abus entraîne rapidement : 1° des accidents locaux (Blépharo-conjonctivite érythémateuse ou granuleuse) ; 2° ce qui est plus sérieux, des troubles généraux qui, à un moment donné, peuvent même amener la mort.

L'iridectomie donnant le même résultat thérapeutique, sans qu'il en résulte aucun danger pour l'organisme, on comprend sans peine que nous lui ayons donné la préférence.

D^r Daniel PARENTEAU.

SERVICE DU D^r P. JOUSSET

QUATRIÈME LEÇON.

SOMMAIRE. — Action contraire des médicaments à doses fortes et à doses faibles. — Lettre du professeur Lépine. — Exemples de guérisons homœopathiques par les médecins allopathes. — Action des petites doses. — Remarques du docteur Ozanam. — Observations. — Ovaro-salpingite. — Action des venins. — Névrose du larynx. — Observation : grippe, accident mortel d'*embryocardie*. — Caractère et mécanisme de l'embryocardie. — Explication microbienne. — Malignité. — Traitement : caféine, ergotine, éther ; mode d'action de ces médicaments dans l'embryocardie. — Traitement homœopathique.

Depuis notre dernière leçon, on nous a communiqué une lettre du professeur Lépine de Lyon (*Semaine Médicale*), et un travail du docteur Ozanam, a propos de cette lettre (*Revue homœopathique française*). Nous vous parlerons de ces deux travaux, qui confirment ce que nous

vous avons dit, sur l'action opposée des médicaments à doses fortes et à doses faibles.

Le professeur Lépine enseigne qu'un même médicament, administré à dose forte et à dose faible, excite deux actions opposées, et il prend pour démontrer sa thèse les mêmes exemples que ceux que nous avons cités dans notre dernière leçon (1).

Cet auteur est trop de son temps, pour ne pas essayer d'une explication physiologique de ces phénomènes d'opposition entre les symptômes développés par un même médicament à doses différentes.

Les médicaments agissent presque tous sur la cellule nerveuse; or, si une dose faible excite, exalte, les fonctions d'une cellule nerveuse, une dose forte déprime, et tue cette même cellule.

Il est facile de reconnaître, ce me semble, dans cette explication, la formule de Claude Bernard que je vous citais dans ma dernière leçon. C'est un exemple d'explication *dichotomique,* si on peut parler ainsi, si cher aux systématiques; c'est toujours le *strictum* et le *laxum.*

Eh bien ! non, les choses ne sont pas aussi simples que le suppose le système; il y a des médicaments, comme les purgatifs, qui excitent bien plus les fonctions à doses

---

(1) M. Lépine cite les expériences suivantes qui viennent confirmer l'action opposée des médicaments à doses fortes et à doses faibles.

Le sublimé, l'iode, l'arsenic, etc., arrêtent la fermentation alcoolique; ces mêmes substances, à toute petite dose, excitent cette fermentation.

M Lépine pourrait bien appeler ces doses infinitésimales, car le sublimé développe son action à la dose de 1/500.000, c'est-à-dire, presque la troisième dilution homœopathique.

fortes qu'à doses faibles. M. Lépine, lui-même, cite des médicaments qui produisent une excitation sans qu'aucune dose produise la paralysie ; ainsi la muscarine, qui est un type des excitants des centres d'arrêts du cœur, ne produirait jamais la paralysie de ce centre d'arrêt, et les battements rapides du cœur.

Mais, une objection beaucoup plus considérable parce qu'elle ne peut, comme celle de la muscarine, être renversée par des expériences mieux faites, se tire de l'action des doses toxiques.

Je vous ai dit, dans notre dernière conférence, que les doses toxiques de digitale, d'opium et de strychnine produisaient d'emblée les symptômes de dépression qui leur sont propres, sans que ces symptômes fussent jamais précédés des phénomènes d'excitation ; mais, si l'empoisonné survit, on voit alors reparaître les symptômes d'excitation propres aux petites doses de ces médicaments.

Dans ces faits nombreux et incontestables, on ne peut admettre l'explication de Claude Bernard et de Lépine sur la dépression de l'élément nerveux, suivant une excitation trop forte ou trop longtemps prolongée.

Les mêmes objections s'appliquent à la théorie d'Hahnemann sur les actions primitives et secondaires des médicaments.

Concluons donc que les actions opposées des médicaments, dans les trois conditions que nous avons énumérées : action sur l'homme sain et sur l'homme malade, action par les doses fortes et les doses faibles d'un même médicament sur l'homme sain, action alternante par une dose unique d'un même médicament, sont des faits d'observation qui attendent encore une explication physiologique acceptable.

Mais, nous ne pouvons quitter le travail du docteur Lépine, sans ouvrir une parenthèse, qui du reste, ne nous éloigne pas de notre sujet, pour examiner les essais d'applications thérapeutiques que ce médecin à faits de l'action opposée d'un même médicament suivant ses doses.

Le docteur Lépine cite d'abord Boardman Reed, qui a arrêté en vingt-quatre heures une diarrhée de fièvre typhoïde ayant résisté à l'opium et au bismuth par 5, 10 milligrammes de podophylle; cette diarrhée étant revenue, fut arrêtée de nouveau par un huitième de goutte de liqueur de Fowler toutes les deux heures.

Le docteur Arndt, remarque que l'ipéca depuis 0,015 à 0,05 excite l'appétit, et qu'à dix centigrammes il le diminue. Ce même médicament, à la dose de 3 à 5 grammes est anti-diarrhéique; il en est de même d'un quart de cuiller à café d'huile de ricin; l'huile de croton à la dose de 0,0012 jusqu'à 0,005, serait anti-dysentérique.

Ces faits sont une application vulgaire de la loi de similitude et pour nous sont monnaie courante.

Le docteur Lépine fait remarquer que ces faits sont analogues à ceux produits par l'excitation du bout périphérique du nerf sciatique coupé. Cette excitation réchauffe la patte de l'animal si elle est froide ; et la refroidit si elle est chaude.

Le docteur Ozanam conclut du travail du professeur Lépine que les contraires qui guérissent sont indiqués par les semblables : *contraria similibus indicantur.*

Il nous semble que ce sont là des subtilités, et que si ce nouvel adage ne veut pas dire, tout simplement, que ce sont les semblables qui nous font reconnaître le remède, il ne signifie rien, puisque l'action physiologique d'aucun

médicament ne présente un état contraire d'une maladie déterminée. Le contraire de la pneumonie, de la variole, de la fièvre typhoïde n'existe pas.

Le mémoire du docteur Lépine vient donc confirmer ce que nous vous disions dans notre précédente conférence ; qu'à doses fortes et à doses faibles les médicaments produisent chez l'homme sain des actions opposées.

De tous ces faits nous conclurons que les actions opposées d'un médicament ont la même importance au point de vue thérapeutique et toutes les deux servent à l'indication de ce médicament. Quant à l'explication physiologique de ces actions opposées, elle est encore à trouver, mais le fait nous suffit.

Suivant notre habitude nous continuerons cette leçon par l'exposition de quelques faits cliniques.

Observation. — *Ovaro-salpingite suppurée ; guérison.* — Mlle Catherine, âgée de 52 ans, mais encore réglée, aurait eu à l'âge de 19 ans une atteinte de pelvi-péritonite causée par un refroidissement.

Cette femme, entrée à l'hôpital Saint-Jacques le 1er décembre, était malade depuis un mois environ. Elle avait été traitée d'une pelvi-péritonite du côté gauche caractérisée par des douleurs très violentes, des vomissements fréquents, et une fièvre intense.

Le médicament principal fut colocynthis, teinture mère.

Après une rémission bien marquée qui dura près de huit jours, la malade fut reprise de douleurs avec frissons, mouvement fébrile rémittent et sueurs excessives pendant la nuit, cette rechute fut occasionnée par les imprudences

de la malade qui s'était levée, avait circulé dans sa chambre et beaucoup trop mangé.

Entrée à l'hôpital le 1er décembre, elle prit d'abord l'aconit, puis le mouvement fébrile étant devenu franchement rémittent, on prescrivit le sulfate de quinine à la dose d'un gramme chaque matin ; on continua concurremment la teinture d'aconit à la dose de 30 gouttes par jour ; incidemment quand les douleurs étaient trop vives la malade prenait colocynthis teinture mère ; en même temps une couche épaisse de collodion fut étendue sur tout le ventre.

Etat local. — Dans la région de l'ovaire gauche, on sent distinctement une tumeur dure et douloureuse de la grosseur du poing. Le toucher permet de constater dans le cul-de-sac vaginal gauche, une saillie en pointe, qui est l'extrémité inférieure de la tumeur sentie en dehors ; il n'y a point de fluctuation.

Dans les quinze jours qui suivirent, la tumeur abdominale augmenta considérablement et présenta des signes manifestes de fluctuation ; à ce moment, la fièvre était fort diminuée et je prescrivis apium virus, troisième trituration, 20 centigrammes dans une potion de 125 grammes d'eau à prendre dans la journée.

Cinq jours après avoir commencé apium virus les douleurs diminuèrent considérablement et la fièvre tomba tout à fait.

En même temps, une diarrhée à laquelle la malade était sujette reparut.

Les jours suivants, la tumeur diminua progressivement sans qu'on pût constater la présence de pus dans les selles.

Le 9 janvier, la malade est tout à fait bien, les douleurs

ont complètement disparu, l'appétit est excellent, les époques sont venues et ont été normales ; le toucher permet de constater une petite induration indolore dans le cul-de-sac gauche ; la malade est convalescente et commence à se lever.

Vous avez pu voir dans cette observation les bons effets de l'aconit, du sulfate de quinine, et de la coloquinte administrés chacun suivant les indications présentées par l'ensemble des symptômes et des lésions de la maladie ; mais, je veux appeler votre attention, sur l'action remarquable de l'apium virus dans le traitement de ce cas de salpingite suppurée.

On peut dire que l'abcès s'est ouvert dans l'intestin et que la guérison a été naturelle ; le fait est possible quoique cependant il soit difficile d'admettre qu'un abcès aussi considérable se soit vidé par l'intestin sans qu'on ait jamais constaté la présence de sang et de pus dans les selles de la malade qui ne quittait pas son lit et se servait du bassin. Dans ce cas-là, l'action de l'apium virus aurait encore été très favorable ; l'abcès ayant disparu rapidement et sans laisser aucune trace.

Mais l'action de l'apium virus serait incomparablement plus remarquable si ce médicament avait déterminé la résorption du pus et la résolution complète du pus et la salpingite. C'est une question que la clinique pourra confirmer ultérieurement. Je possède un autre cas beaucoup plus bénin il est vrai, et sans suppuration, dans lequel le venin d'abeille a été très favorable.

Vous ne manquerez pas de me faire une objection contre l'action thérapeutique de l'apium virus ; tous les venins, direz-vous, sont détruits dans l'estomac, comment donc prétendez-vous obtenir une action thérapeutique de ces

substances administrées par la bouche. Cette opinion encore très répandue aujourd'hui n'est qu'une vieille erreur traditionnelle et que les travaux des médecins modernes ont complètement détruits.

C'est d'abord pour apium virus, le mémoire de Philouze (d'Angers) qui a démontré que ce venin pris par la bouche déterminait chez les animaux de la diarrhée et de la somnolence.

Ce sont les expériences de Fayrer et Richards. Ces expériences faites avec le venin du naja et du cobra sur des oiseaux et des chiens ont déterminé des accidents graves de paralysie et de convulsion et la mort rapide. Le docteur Thring a déterminé sur lui-même par l'absorption stomacale du venin de crotale, des symptômes très accentués.

A ces faits je ne connais qu'une note contradictoire ; ce sont les expériences des docteurs Mitchell et Russell qui n'ont obtenu aucun effet des venins introduits dans l'estomac des animaux. Je pourrais répondre que les faits négatifs ne peuvent détruire des faits positifs et bien observés, et qu'il doit y avoir une raison qui explique l'absence de symptômes dans les expériences de MM. Mitchell et Russell et je crois trouver cette explication dans la manière dont ils ont fait prendre le venin aux animaux ; au lieu de le faire déglutir, ils l'introduisaient directement dans l'estomac à l'aide d'un tube de verre. Soit que le venin, dans les cas où il était déglutit, fût absorbé en partie dans la bouche et dans l'œsophage, soit que son mélange avec la salive le défendît contre les attaques des acides de l'estomac, toujours est-il que les conditions de son absorption étaient meilleures que dans

les cas où, porté directement dans l'estomac, il se trouvait en contact direct avec le suc gastrique (Lancet 1883).

OBSERVATION. — *Névrose du larynx*, — *hyosciamus*, — *guérison*. — Mlle X... âgée de 18 ans, atteinte d'hystérie, entra le 9 décembre à l'hôpital Saint-Jacques. Elle était en proie à une dyspnée énorme avec inspiration très sonore, angoisse extrême et menace d'asphyxie aussitôt qu'elle se couchait; l'aphonie était complète, il existait une douleur laryngée avec impossibilité d'avaler; la dyspnée durait jour et nuit.

L'examen laryngoscopique permit de constater l'intégrité absolue de la glotte comme l'auscultation démontrait l'état normal de tous les organes respiratoires.

On constatait en même temps la perte du réflexe pharyngien, la pression sur l'ovaire gauche était douloureuse et déterminait un sommeil hystérique instantané.

La malade avait eu un accès analogue deux ans auparavant.

Moschus, à la 1re trituration au 10me administrée toutes les deux heures par cachet de 10 centigrammes, amena une amélioration qui permit un peu de sommeil, mais resta sans influence sur la marche de la maladie.

Hyosciamus m'avait réussi, il y a quelques années, dans un cas très analogue. Administré à la 6me dilution, il produisit une amélioration incomplète. Prescrit alors à la dose de 3 gouttes de teinture mère par jour, il amena en quelques jours, la cessation du spasme laryngé.

La tarentule 12me, puis le cuprum 6me, et aussi la menace du gavage triomphèrent d'une anorexie qui fut absolue pendant quelques jours.

OBSERVATION. — *Grippe, pleurésie, embryocardie et mort.* — Avant de quitter définitivement l'histoire de l'épidémie de grippe que nous venons de traverser, je désire vous entretenir d'un accident excessivement rare de cette maladie; je veux parler d'une embryocardie mortelle survenue à la suite d'une paralysie des pneumogastriques.

Mme D... âgée de 50 ans, maigre, délicate et extrêmement nerveuse, avait éprouvé il y a 5 ans, une pleurésie du côté gauche.

Vers la mi-décembre, cette dame fut prise d'une grippe avec épanchement du côté gauche, et un mouvement fébrile régulièrement intermittent, à type quotidien.

Je résumerai cette très longue observation pour arriver à l'accident terminal survenu deux mois et demi après le début de la maladie.

L'épanchement et le mouvement fébrile résistèrent au sulfate de quinine, à l'aconit, à la bryone et à la cantharide; cependant, les symptômes s'étaient modifiés, le mouvement fébrile toujours intermittent avait diminué d'intensité et l'épanchement présentait les *signes cavitaires* qu'on a notés dans certaines pleurésies. L'état général s'était amélioré; la malade mangeait et passait de bonnes nuits; elle ne sentait aucun malaise; néanmoins, le pouls restait fréquent, et quand le thermomètre montait à 37,5, il battait jusqu'à 108 fois par minute.

Nous pensions déjà à permettre à la malade de se lever, quand huit jours avant sa mort, la fièvre reprit plus d'intensité; elle atteignit 39° degré le soir comme au début de la maladie, le pouls était petit, faible et très fréquent; 120 pulsations; l'appétit était nul, le sommeil troublé.

Accidents terminaux. — Un matin, je trouvai la malade

très angoissée. Depuis sa toilette, qui avait été fort pénible, elle éprouvait des palpitations très violentes ; cependant, elle n'était pas très inquiète, parce que, me disait-elle, elle avait éprouvé les mêmes palpitations pendant toute une nuit, quinze jours auparavant ; le pouls très faible et très rapide était incomptable ; l'auscultation du cœur permettait de constater un état très rare, mais qui était très caractérisé ; les battements précipités, mais réguliers se composaient de deux bruits absolument semblables ; quant au timbre et à la durée, ces deux bruits étaient séparés par deux silences égaux, il n'y avait donc plus ici ni petit ni grand silence, et les bruits du cœur avaient les caractères qu'ils ont chez le fœtus. Aussi, M. le docteur Huchard, dans les leçons de clinique qu'il vient de publier, appelle cet état : *embryocardie.*

Le musc, l'éther, les boissons alcooliques restèrent sans effets et au bout de 24 heures, après une nuit d'angoisses et d'insomnies, je retrouvai le même état du cœur, mais, cette fois, avec absence complète du pouls ; extrémités froides et violacées ; sueur générale abondante froide aux extrémités et à la face ; je me hâtai d'instituer le traitement préconisé par le docteur Huchard : injections répétées d'éther, de caféine et d'ergotine.

L'éther était injecté à pleine seringue ainsi que la caféine, à un quart d'heure de distance ; puis une heure après l'ergotinine Tanret à la dose de 4 gouttes chaque fois ; après quelques heures, plus tôt ou plus tard, cette série d'injections était recommencée.

Malgré cette médication énergique qui n'eut pour résultat que de faire reparaître le pouls pendant quelques heures, la malade fut prise de dyspnée et succomba à une asphyxie lente 40 heures après le début de cet accident.

Nous désirons appeler votre attention sur plusieurs points de cette intéressante observation.

Nous étudierons le mécanisme de l'embryocardie, ses indications thérapeutiques et ses rapports avec la grippe.

M. Huchard, dans ses leçons à l'hôpital Bichat, a exposé la production du rythme fœtal (page 62).

Voici la théorie de cet auteur : le cœur possède deux freins qui règlent ses mouvements : le nerf pneumogastrique, c'est le frein nerveux, et la tension artérielle, c'est le frein vasculaire. Chacun sait que si, chez un animal, on coupe les nerfs pneumogastriques, le cœur bat follement comme une pendule dont on a ôté le balancier.

D'une autre part, Marey a posé en loi que le cœur battait d'autant plus vite que les résistances périphériques étaient moindres.

Quand le cœur est privé de ses deux freins, il bat à la dérive, ses contractions se rapprochent, se précipitent, s'affaiblissent et les symptômes d'asphyxie et de cyanose se produisent, d'autant plus facilement, qu'il existe un certain degré de myocardite.

Rappelons en quelques mots les causes qui diminuent ou augmentent la pression artérielle et les signes qui permettent de reconnaître le degré de cette pression.

Les causes qui augmentent la tension artérielle sont : la force d'impulsion cardiaque ; la quantité du sang contenu dans le système artériel ; mais, principalement, l'occlusion complète de l'aorte à son origine, occlusion qui empêche le retour du sang dans le cœur ; un certain degré de contraction des capillaires qui gêne la sortie du sang du système artériel.

Les conditions opposées, l'affaiblissement du muscle cardiaque, la diminution de la quantité du sang par une

saignée ou une hémorrhagie, l'insuffisance des valvules de l'aorte, la paralysie de la contractibilité des capillaires diminuent la tension artérielle.

Les signes qui permettent de reconnaître l'hypertension artérielle sont, en clinique, le bruit éclatant de la crosse, l'absence de dicrotisme et au sphygmographe un tracé dont la ligne ascendante est un peu oblique, le sommet arrondi; et la ligne descendante très oblique et sans interruption.

Le tracé sphygmographique de l'hypotension rappelle celui de l'insuffisance aortique.

Un certain nombre de médicaments augmente ou diminue la tension artérielle; ces médicaments n'agissent ni sur les valvules de l'aorte, ni sur la quantité du sang, leur action se localise sur la contractilité cardiaque et sur celle des capillaires qu'ils augmentent ou diminuent.

C'est surtout dans le cours du typhus et de la fièvre typhoïde qu'on a observé l'embryocardie; mais, d'après Huchard, on a encore rencontré ce symptôme dans la pneumonie, la méningite, la tuberculose bulbo-méningée, la phthisie pulmonaire et la dernière période de diverses cachexies.

Chez la malade dont nous venons de rapporter l'observation, quelle a été la cause des accidents cardiaques terminaux? Quoique malade depuis longtemps, cette femme mangeait, avait conservé ses forces et ne présentait aucun signe de cachexie. Jusqu'à l'instant où éclata la palpitation il n'existait aucun symptôme d'affection cardiaque et le myocarde paraissait intact. C'est donc vraisemblablement le système nerveux qui a été frappé directement et a déterminé une paralysie des pneumogastriques et une paralysie des nerfs qui président à la tension artérielle, et

ainsi, le cœur s'est trouvé privé à la fois de ses deux freins, et l'embryocardie a été produite.

Pour l'école microbienne, l'explication de ces faits est très simple : il s'est produit une décharge de microbes, sur l'origine des nerfs frénateurs du cœur et l'embryocardie est produite, ou si vous aimez mieux l'hypothèse microbienne la plus récente, le poison secrété par les microbes a produit tout le mal, et, nous avons dans ce symptôme cardiaque le résultat d'un empoisonnement dû à une maladie infectieuse.

L'explication ancienne qui attribue à la *malignité* les accidents graves et insidieux qui apparaissent au cours des maladies, me semble de beaucoup préférable à l'explication microbienne, par cette grande raison qu'elle est tout à fait indépendante des théories sur la cause des maladies et qu'elle se passe de toutes hypothèses.

La malignité, en effet, exprime un simple processus morbide ; ce n'est pas autre chose qu'un *syndrôme* commun à plusieurs maladies, et parfaitement défini.

La malignité est un état caractérisé par le désaccord des symptômes, la déroute des forces végétatives, c'est-à-dire, le collapsus non des forces animales qui peuvent persister plus ou moins, mais de la circulation ; d'où faiblesse des contractions cardiaques, demie paralysie de la circulation capillaire et diminution considérable de la tension artérielle, par conséquent danger d'une mort imminente par syncope ou asphyxie.

Cet état s'accompagne souvent d'une apparence de bénignité due à la conservation des forces animales.

Rappelons-nous que les anciens plaçaient la grippe parmi les maladies pestilentielles et, qu'à côté de cas très bénins, on rencontre toujours dans cette classe de mala

dies, des cas plus ou moins nombreux qui présentent des symptômes de malignité.

Quel est le *traitement* indiqué dans l'embryocardie? Et la connaissance du mécanisme de sa production nous instruit-elle de ses indications thérapeutiques ?

Commençons à avouer bien hautement que, si nous avons appliqué dans ce cas le traitement du docteur Huchard, c'a été pour nous beaucoup plus une thérapeutique de désespoir, qu'une thérapeutique de choix. Surpris par l'apparition soudaine d'un état qui, suivant nous, devait aboutir presque fatalement à une mort très prochaine, n'ayant, d'autre part, aucune expérience clinique qui nous permît de justifier un traitement régulièrement homœopathique, nous avons accepté, comme une arme de hasard le traitement du docteur Huchard, qui à à son avoir un certain nombre de succès.

Le traitement par les injections d'éther, de caféine et d'ergotine à hautes doses est-il, comme le croit un auteur, absolument allopathique ? Nous ne le pensons pas. En effet si l'éther à l'état physiologique produit comme les alcools une excitation générale, et, par conséquent, exerce une action allopathique dans le traitement de l'embryocardie, il n'en n'est pas de même de la caféine ; ce médicament, à doses petites et moyennes, accélère les battements du cœur et les ralentit, très certainement, à la dose très élevée où nous l'avons administré ; mais, à toutes doses, il abaisse la pression sanguine. Il est donc parfaitement homœopathique à l'embryocardie, dont un des éléments est constitué par un abaissement considérable de la pression artérielle.

Quant à *l'ergotine*, son action physiologique est encore fort mal connue. Si on admet, en général, que cette subs-

tance ralentit le pouls, rétrécit les artères périphériques et, par conséquent, augmente la pression artérielle, il faut, néanmoins, reconnaître qu'il existe une certaine discordance dans les expérimentations. D'où on pourrait conclure, au contraire, que l'ergotine accélère la fréquence et diminue la pression artérielle (1).

Il est très certain que ces effets opposés tiennent à la différence des doses et à la confusion des effets physiologiques et effets thérapeutiques.

Pour le premier point, nous voyons dans les expériences de Gubler et E. Labbé (Dictionnaire encyclopédique) qu'une dose moyenne diminue la fréquence du pouls et augmente la tension artérielle; tandis qu'une dose excessive accélère le pouls et diminue la pression.

La confusion des effets thérapeutiques et des effets physiologiques frappe de nullité les expériences si vantées de G. Sée; c'est en effet sur des cardiaques que ce clinicien a fait ses expérimentations. Il a trouvé que l'ergotine ralentissait le pouls quand il était fréquent; le régularisait quand il était irrégulier; l'affaiblissait quand il était fort; d'où nous pouvons conclure que l'ergotine chez l'homme sain accélère le pouls, le rend irrégulier, et augmente la tension artérielle; en effet, il ne faut pas oublier qu'il existe une loi de pharmaco-dynamie qu'on peut formuler ainsi : *les effets thérapeutiques et l'action physiologique d'un médicament sont absolument opposés.*

On pourrait donc conclure que le traitement de l'embryocardie par la caféine et l'ergotine repose sur la loi de similitude.

---

(1) Voir l'article de Nothnagel et Rossbach ; et dans le Dictionnaire encyclopédique l'article *Ergot.*

Le carbo-vegetabilis serait également indiqué dans le traitement de l'embryocardie; la pathogénésie comme la clinique se réunissent pour faire de ce médicament l'agent principal de la thérapeutique dans ces états graves qui se caractérisent par une adynamie profonde, un pouls petit, fréquent et quelquefois complètement disparu, la gêne de la respiration portée jusqu'à un commencement d'asphyxie, un refroidissement avec sueurs, le faciès hippocratique (1).

L'arsenic et le quinquina seraient encore indiqués dans ce cas.

D[r] P. Jousset.

MICROBES ET MALADIES

Les derniers travaux sur le phagocytisme.

M. Metchnikoff poursuit dans les *Annales* de Pasteur, ses travaux sur *le phagocytisme comme cause de l'immunité contre les maladies microbiennes*. Le numéro du 25 février dernier, en particulier, contient un important mémoire, dont le principal but est de répondre aux objections, aux conclusions contradictoires, pour mieux dire, de Baumgarten et de ses élèves.

Ces nouvelles recherches portent sur le pigeon, relativement réfractaire, comme on sait, au charbon bactéridien. D'après Kitt, cette espèce serait réfractaire dans la proportion de 15 sur 17.

---

(1) Voir Traité élémentaire matière médicale expérimentale et de thérapeutique positive. Tome 1, page 175.

Or, Baumgarten a avancé que les bactéridies, injectées sous la peau du pigeon, périssent spontanément au bout de quatre heures, sans aucune intervention des phagocytes. Il n'en aurait trouvé d'englobés par des leucocytes, au point d'inoculation, que chez les pigeons morts charbonneux. On devrait donc inférer de là que ce sont les humeurs, non les cellules, qui sont bactéricides. S'il en était ainsi, la bactéridie devrait s'atténuer par suite de son passage à travers les pigeons, et cependant M. Roux affirme qu'au contraire elle se renforce sensiblement.

Metchnikoff a trouvé que les pigeons supportent en général, sans dommage, l'inoculation du virus charbonneux ordinaire, sous la peau et dans les muscles, tandis qu'ils succombent ordinairement, soit à l'insertion du même virus dans la chambre intérieure de l'œil, soit à l'injection sous-cutanée ou intra-musculaire du virus de passage à travers le pigeon. Ce virus de passage est renforcé, non seulement pour le pigeon, mais pour les petits mammifères auxquels on l'inocule ensuite.

Sauf exceptions, les inoculations antérieures augmentent la résistance.

Les cultures de la bactéridie dans l'humeur aqueuse de l'œil du pigeon, comme on devait s'y attendre d'après ce qui précède, réussissent fort bien, et elles sont sporogènes. Ces cultures réussiraient aussi bien au dehors de l'organisme que dans l'œil vivant. Dans le même liquide et dans les mêmes conditions, se cultivent aussi les éléments du vaccin charbonneux, avec tous les caractères des bactéridies atténuées normales.

Que se passe-t-il après l'inoculation au pigeon de la bactéridie virulente ? Toute la question consiste à obser-

ver pas à pas l'enchaînement des phénomènes cellulaires, et c'est ce qu'a fait Metchnikoff.

On observe de suite, au point inoculé, une réaction inflammatoire qui se manifeste par une immigration de leucocytes. Quatre heures après le début de l'expérience, cette immigration bat son plein, et l'on peut voir des globules blancs à noyau multiple et à protoplasma non colorable par l'aniline (*microphages*) englober jusqu'à neuf bactéridies.

La réaction leucocytaire s'accentue avec le temps, et, en outre des microphages, il apparaît des *macrophages*, c'est-à-dire des phagocytes mononucléaires dont le protoplasma se colore par le bleu de méthylène. Ceux-ci sont parfois tellement remplis que le noyau est invisible. Souvent ces cellules, chargées de microbes, éclatent, et on les voit, sous le microscope, rendre à la liberté, les bactéridies qu'elles avaient englobées, mais dégénérées et altérées en général. Mais on ne peut affirmer que toutes ces dernières aient passé par les phagocytes, bien qu'on ne connaisse pas les autres influences qui peuvent les faire dégénérer.

C'est ainsi que la lutte est engagée entre les parasites et les cellules vivantes : de son issue va dépendre le sort de l'animal. La majorité des premières arrive-t-elle à être dévorée, il y a survie et immunité. Ce sort n'atteint-t-il que le petit nombre, le charbon se développe et se généralise pour aboutir à la mort. Mais la phagocytose n'en est pas moins constatable chez les pigeons qui meurent. On l'observe non seulement au lieu de l'inoculation, mais dans le foie : des macrophages et également des cellules endothéliales des vaisseaux hépatiques en sont chargés. Ainsi, la phagocytose serait un fait absolument général,

et traduirait la manière de se comporter de l'organisme devant les microbes entrés par effraction.

Chez les pigeons réfractaires, les bactéridies semblent conserver leur vitalité et leur virulence pendant un ou plusieurs jours, puis elles pâlissent, se fragmentent et disparaissent.

Au premier rang des objections à la phagocytose, nous rencontrons celle de Flügge qui a formulé, en thèse générale, que les *phagocytes ne sont capables d'englober que les microbes déjà morts auparavant.*

Mais Metchnikoff a constaté, il y a déjà longtemps, la mobilité des microbes englobés par les phagocytes. Plus tard, il a trouvé dans la coloration avec une vieille solution de vésuvine, une méthode pour distinguer le mort du vivant, et il vient certainement de parfaire la démonstration dans cette dernière étude sur les pigeons, voici de quelle manière : Il retire une petite goutte d'exsudat contenant des bactéridies englobées, la mélange à une goutte de bouillon, et expose la goutte pendante, ainsi préparée, à une température convenable. Le bouillon tue les phagocytes et laisse pousser les bactéridies, dont on peut suivre le développement sous le microscope. Cet accroissement de la bactéridie dans la culture a été mis hors de doute sur cinq pigeons, et il suffit de jeter un coup d'œil sur les planches annexées au mémoire de l'auteur, pour en être pleinement convaincu.

En poursuivant l'étude de l'exsudat, on est cependant obligé de reconnaître que la grande majorité des bactéridies libres est toujours vivante, tandis que le plus grand nombre des bacilles morts se trouve dans l'intérieur des cellules, ce qui permettrait déjà de déduire que les pha-

gocytes sont en état de tuer les bactéridies englobées à l'état vivant.

La démonstration devait encore être poussée plus loin. Les phagocytes sont-ils capables d'englober des bactéridies non seulement vivantes, mais en même temps virulentes? Metchnikoff répond affirmativement. Il a, en effet, isolé trois phagocytes, a cultivé les bactéridies qu'elles contenaient, et, avec les cultures, a inoculé à des souris un charbon mortel. Rien ne l'empêche désormais de conclure, une fois de plus, que le phagocytisme est un fait général de la lutte de l'organisme contre les invasions microbiennes, et que, sans qu'on puisse affirmer qu'il n'en existe pas d'autre, c'est la seule condition bien connue à l'heure qu'il est de l'immunité.

Nous sommes, quant à nous, absolument convaincu, sans rien rabattre toutefois de nos réserves au sujet de l'origine des organismes ou organites et de leur génération possible au sein de l'économie animale.

Dans l'état actuel de la question, le rôle du phagocyte nous apparaît comme une preuve de la spontanéité de l'économie qui consent ou se refuse au développement de la maladie. Aucune démonstration aussi saisissante n'avait été donnée jusqu'ici de la *prédisposition définie*, telle que l'entendait notre immortel institutaire, J. P. Tessier, dont l'enseignement sur ce point est aujourd'hui devenu absolument classique, si classique qu'on oublie l'effort de génie qui a établi la doctrine et qu'on oublie, hélas ! de citer ce nom qui nous est si cher !

La liste des découvertes est-elle close? Comment pourrait-on le supposer ? Voici que nous commençons à connaître une *fonction* des cellules, celle de résister à l'invasion des produits inoculés. Ces cellules, dans la genèse morbide,

n'ont-elles pas aussi d'autres fonctions? Vaincues dans la lutte contre l'invasion venue de l'extérieur, leur rôle est-il terminé? L'organisme vivant n'est-il plus, dès lors que la maladie accomplit son évolution fatale, qu'un milieu de culture? Les cellules, impuissantes à détruire les microbes, ne les fabriquent-elles pas, au contraire? Je sais que c'est une toute autre question, et que, pour l'étudier, il faudrait commencer par rompre avec les idées reçues, et admettre la *possibilité* de la génération intrinsèque des éléments microbiens. Remarquez bien que je ne parle que d'une hypothèse à examiner. Tout ce que je veux dire ici, c'est que l'hypothèse (laquelle est, on le sait bien, la doctrine de Béchamp) n'a rien d'invraisemblable. Le *spermatozoïde*, dont il m'arrive souvent d'invoquer la comparaison, n'est-il pas engendré dans des cellules spéciales, et la spermatogénèse soulève-t-elle, à l'heure qu'il est, une contradiction? En attendant de rencontrer un expérimentateur de bonne volonté, ou d'avoir nous-même un laboratoire à notre disposition, nous sommes réduits aux suppositions.

Dr Piedvache.

REVUE CRITIQUE

De l'acromégalie.

Depuis 1886, époque où notre ancien collègue Marie a décrit pour la première fois comme une espèce morbide nouvelle, sous le nom d'*acromégalie*, une maladie assez caractéristique, dont nous observions à la même époque un cas très remarquable que nous rapporterons plus loin, un

certain nombre de mémoires et d'observations (1) ont été publiés et permettent aujourd'hui d'esquisser une description d'ensemble de cette affection bizarre.

L'acromégalie est une affection caractérisée par une hypertrophie singulière, non congénitale, des extrémités supérieures, inférieures et céphaliques.

Symptomatologie. — Cette affection débute dans l'âge adulte ordinairement vers 20 à 25 ans, d'une façon ordinairement insensible, ce qui fait que le moment exact du début peut être difficile à noter ; cependant chez la femme, la disparition des règles coïncidant avec le début de l'acromégalie, celui-ci est plus facile à déterminer. L'accroissement se fait par poussées successives d'abord sur les pieds et les mains, puis sur l'extrémité céphalique. Quoi qu'il en soit, voici l'aspect sous lequel se présentent les malades à la période d'état. Les *mains* étonnent au premier abord par leur largeur et leur épaisseur, la longueur étant à peu près normale ; les *pieds* ont subi une déformation analogue, ils sont larges et épais ; la *face* est allongée dans le sens vertical, le maxillaire inférieur énorme fait saillir le menton et les dents du bas sont sur un plan antérieur aux dents du haut. En même temps que ces déformations des extrémités, on observe souvent une *cyphose* cervico-dorsale assez prononcée.

Examinons chacune de ces déformations en détail.

---

(1) *P. Marie*, Revue de médecine, avril 1886. — *Erb*, Deutsch, Arch. f. Klin. Med. 1888. — *Verstraeten*, idem, mai et juin 1889. — *Farge*, Progrès médical, juillet 1889. — *P. Marie*, Progrès médical, mars 1889. — *Shultze*, Wandervers. Südwesdeutch. Neurol., 1886. — *Guinon*, Gazette des hôpitaux, nov. 1889

La *main* est augmentée en totalité dans son diamètre antéro-postérieur ; les *doigts* sont énormes autant à leur extrémité qu'à leur racine ; ils sont un peu aplatis. Non seulement les os, mais les parties molles et la peau des mains et des doigts participent à l'hypertrophie ; les éminences thénar et hypothénar sont très marquées ainsi que les plis palmaires et les plis articulaires. Les mains sont déformées en battoir ; le poignet peut avoir légèrement augmenté de volume, mais les autres parties du membre supérieur ont conservé leur volume normal.

Les *pieds* ont une déformation analogue, courts, larges et épais, avec des bourrelets énormes. Les genoux peuvent être un peu saillants, mais le reste du membre inférieur a conservé ses proportions ordinaires.

L'*extrémité céphalique* dans son ensemble paraît plus volumineuse, elle a un aspect étrange, grotesque ; son accroissement porte presque exclusivement sur la face ; le crâne peut présenter quelques modifications, mais elles sont rares ; Marie a signalé la saillie des sutures. La difformité consiste surtout dans un allongement vertical de la face, allongement auquel le *front* prend peu de part ; à son niveau on observe une saillie des rebords orbitaires, due à une dilatation des sinus frontaux. Les *yeux* saillent un peu, au point de simuler quelquefois l'exophthalmie ; les paupières sont plus longues, plus épaisses, de couleur brune avec hypertrophie des cartilages tarses. Le *nez* a un développement considérable dans toutes ses dimensions. Les *pommettes* sont assez saillantes à cause d'une dilatation des sinus maxillaires. Le *maxillaire inférieur* a un développement considérable dans toutes ses dimensions, de sorte qu'il vient faire saillie en avant et en dehors du maxillaire supérieur et que les dents inférieures sont sur

un plan antérieur aux dents supérieures; d'où saillie énorme du menton, dirigée en bas et en avant; ajoutons à cela des lèvres lippues, énormes, surtout l'inférieure qui fait saillie et se recourbe en bas; une langue qui a augmenté de volume en proportion, et que le malade peut difficilement mouvoir dans sa bouche. On observe aussi quelquefois une augmentation de volume des oreilles. Le larynx est souvent augmenté de volume et vient faire saillie à la partie antérieure du cou chez la femme comme chez l'homme. Telles sont les différentes hypertrophies de l'extrémité céphalique. La figure de ces malades est grotesque, leur face n'est pas en rapport avec le reste de leur corps et elle est surtout augmentée de haut en bas et d'arrière en avant, d'où proéminence successive en escalier du rebord orbitaire sur le front, du nez sur le rebord orbitaire et le menton se trouve à peu près sur le même plan que le nez, c'est-à-dire sur un plan très antérieur à celui qu'il occupe normalement.

En dehors de ces déformations qui ont donné le nom de la maladie, on en observe encore d'autres, qui sont presque constantes.

La *cyphose* de la région cervico-dorsale, qui fait que le dos des malades est rond et qu'ils peuvent difficilement redresser la tête.

Une hypertrophie relative de quelques os du thorax; clavicules, côtes et sternum qui fait une saillie en avant.

Quelques auteurs ont signalé une *matité rétro-sternale* qui se trouverait en rapport avec la persistance du thymus qui se rencontrerait chez les acromégaliques.

Quelques malades ont présenté une grande sensibilité au froid; de la *céphalalgie*, des *douleurs* tantôt articulaires, tantôt musculaires, douleurs augmentant par le mouve-

ment, et les secousses. On a signalé la diminution du réflexe rotulien. La vue est assez souvent altérée, altération qui peut aller jusqu'à la cécité (compression des nerfs optiques par tumeur du corps pituitaire). La *voix* est forte et grave, elle résonne dans les sinus de la face ; elle est altérée par quelques troubles de la prononciation causés par le volume exagéré de la langue, que le malade peut difficilement remuer.

On a signalé une augmentation de l'appétit et de la soif ; notre malade au contraire a un grand dégoût de la nourriture, elle mange peu, tout lui déplaît. Elle présente aussi assez fréquemment des crises de vomissements répétés, suivis de diarrhées abondantes qui ne sont pas signalées dans les mémoires que nous avons lus.

La *polyurie*, le *diabète* ont été signalés concurramment.

Le *cœur* est hypertrophié et on observe fréquemment des *varices* et des *hémorrhoïdes* ; notre malade présentait souvent des palpitations.

Chez l'homme on observe une augmentation de volume de la verge, coïncidant ordinairement avec un certain degré d'*impuissance*. Chez la femme, la *suppression des règles* est un symptôme constant, précoce qui est souvent le premier signe de la maladie. Quelques auteurs ont signalé des hypertrophies des parties génitales externes, du clitoris en particulier.

Enfin on a signalé dans quelques cas de la *dépression mentale*, une tendance mélancolique et même la propension au suicide.

La marche de cette affection est lente ; elle peut durer 30 ans et plus ; elle se termine par une véritable cachexie, amenant le séjour du malade au lit, un grand amaigrissement et la mort souvent dans une syncope.

Etiologie. — Nous avons peu de chose à dire : on a signalé l'influence *du froid* (?), la *syphilis*.

L'*hérédité* ne paraît jouer aucun rôle ; le *sexe* non plus, les acromégaliques étant aussi nombreux dans les deux sexes.

Anatomie pathologique. — On a trouvé dans toutes les autopsies une *hypertrophie considérable du corps pituitaire*, hypertrophie en masse de la glande qui a un volume variant d'un œuf de pigeon à un œuf de poule ; il paraît que ce n'est qu'une hypertrophie simple. Comme lésions consécutives, on constate la dilatation consécutive de la selle turcique, la compression et la névrite des nerfs optiques.

La *persistance du thymus*, *l'hypertrophie des ganglions et des cordons du grand sympathique*, *l'hypertrophie du cœur*, l'augmentation de volume des vaisseaux sanguins paraissent des lésions constantes.

Les os du *squelette* présentent les lésions en rapport avec les symptômes que nous avons décrits : dilatation du sinus, augmentation de volume portant surtout sur le tissu spongieux, la dilatation des orifices vasculaires.

Le diagnostic ne nous paraît pas présenter de difficultés, les symptômes de cette maladie étant bien nets et bien définis.

Quant au traitement, il est à trouver.

Voici le résumé de notre observation :

Madame C... 60 ans, très délicate pendant son enfance, était au dire de ses parents, très fluette et très mince, avec des extrémités très fines. Une photographie faite sur un portrait d'elle à l'âge de 20 ans, époque de son mariage, montre qu'elle avait la tête petite ainsi que la main, elle

gantait 5 3/4. Mariée à 20 ans, elle a un enfant à 21 ans, et le nourrit 14 mois ; second enfant à 25 ans, est obligée de sevrer après 2 mois, parce qu'elle n'avait pas de lait ; troisième enfant à 26 ans et demi, et quatrième à 28 ans.

Après son quatrième enfant, vers 29 ans, douleurs violentes dans l'annulaire droit ; engourdissements et fourmillements ; augmentation de la douleur à la chaleur du lit ; ces douleurs s'étendent peu à peu à tous les doigts de la main, et elle vit peu à peu ses doigts commencer à grossir ; la main gauche se prit ensuite ; mais elle ne souffrit que du pouce.

Les douleurs et l'accroissement des mains ont continué jusqu'à il y a huit ans ; depuis ce moment l'hypertrophie est restée stationnaire. Les douleurs étaient beaucoup moindres vers la fin de l'hypertrophie qu'au début. Le pouce et le médius de la main droite présentent une circonférence de 8 centimètres ; cette dame gante aujourd'hui 8 3/4 d'homme, et les gants, dont les doigts sont beaucoup trop longs, ont du mal à entrer.

Les pieds sont énormes, mais la malade n'en a pas souffert comme des mains ; elle s'est aperçue de leur accroissement parce que ses bottines devenaient rapidement trop petites ; elle est aujourd'hui obligée d'en faire faire de spéciales.

Les genoux sont aussi augmentés de volume.

La face est absolument déformée et grotesque, elle offre le faciès caractéristique : front fuyant, yeux saillants, paupières brunâtres, nez volumineux, saillies du menton, dents inférieures à un demi centimètre environ en avant des supérieures, lèvres grosses, et langue énorme avec prononciation difficile.

Il y a lieu de remarquer que les époques ont paru jusqu'à 31 ans, tandis que les douleurs et l'augmentation de volume des mains a débuté vers 29 ans.

Mme C... est aujourd'hui dans un état cachectique marqué, avec palpitations, essoufflement, dégoût de la nourriture, constipation habituelle, avec crises de diarrhée et de vomissements tous les deux ou trois mois.

Dr Marc JOUSSET.

MEMENTO THERAPEUTIQUE

TRAITEMENT DU CARREAU

Le carreau est une affection tuberculeuse propre à la seconde enfance, par conséquent sa description et son traitement devraient être renvoyés au chapitre de la scrofule. Mais le carreau a été considéré pendant si longtemps comme une maladie propre à la seconde enfance, que nous avons voulu conserver ce paragraphe pour ne pas dérouter certaines habitudes.

Cette affection est caractérisée anatomiquement par la tuberculisation des ganglions du mésentère.

Ses symptômes principaux sont la tumeur abdominale, l'amaigrissement et la diarrhée. La tumeur abdominale est très dure, bosselée, tantôt mobile, tantôt fixe au-devant de la colonne vertébrale. Elle constitue le *gros ventre* si redouté des mères.

Les médicaments principaux sont : calcarea carbonica, iodium, conium, arsenic, hepar sulfuris et mezereum.

1° *Calcarea carbonica* est le médicament traditionnel quoique sa pathogénésie ne renferme pas le gonflement des ganglions mésentériques. C'est un des médicaments

principaux de la scrofule. Il a toujours été employé à des dilutions élevées.

2° *Iodium* est aussi un médicament de la scrofule ; il correspond particulièrement au gonflement des ganglions lymphatiques ; on préférera ce médicament si l'amaigrissement est excessif et s'il existe de l'ascite.

Doses et mode d'administration. — Nous préférons les premières triturations administrées trois fois par jour pendant plusieurs semaines.

3° *Conium.* Depuis les travaux de Storck, l'usage du conium est devenu classique dans le traitement des engorgements lymphatiques. La pathogénésie de Hahnemann mentionne expressément la tuméfaction des glandes du mésentère.

Le conium est encore indiqué par la diarrhée si fréquente dans le carreau.

Doses et mode d'administration. — Première dilution et teinture mère jusqu'à la dose de dix gouttes, continuer pendant six semaines.

4° *Arsenic* est principalement indiqué par la cachexie commençante, lorsqu'il existe une diarrhée habituelle avec lienterie et soif vive.

Dose. — La troisième trituration est celle qui convient le mieux.

5° *Hepar sulfuris* est un médicament de la scrofule et qui est principalement indiqué par l'engorgement des ganglions lymphatiques. L'enseignement clinique nous apprend peu de choses sur les indications spéciales de ce médicament dans le traitement du carreau.

6° *Mezereum.* Ce médicament contient dans sa pathogénésie l'engorgement douloureux des glandes avec ventre gros chez les enfants ; c'est donc un médicament à

consulter dans le carreau; mais comme pour hepar sulfuris, l'expérience clinique est insuffisante.

Dr P. JOUSSET.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

LE PAMBOTANO, MÉDICAMENT DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE. — LA MYOCARDITE SEGMENTAIRE ESSENTIELLE CHRONIQUE. — ACTION ANESTHÉSIQUE LOCALE DE LA STROPHANTINE ET DE L'OUABAINE. — DE L'AÉRATION PERMANENTE PAR LA FENÊTRE OUVERTE. — PROPRIÉTÉS ANESTHÉSIQUES DES FLUORURES D'ÉTHYLE ET DE MÉTHYLE. — ACTION COMPARATIVE DES IODURES DE POTASSIUM ET DE SODIUM. — ACTION DE LA CAFÉINE SUR LES FONCTIONS MOTRICES ET RESPIRATOIRES, A L'ÉTAT NORMAL ET A L'ÉTAT D'INANITION.

I

M. DUJARDIN-BEAUMETZ a lu un rapport sur un travail de M. VALUDE (de Vierzon) sur un nouveau médicament de la fièvre intermittente et des accidents paludéens, le *pambotano*, que le rapporteur avait déjà étudié il y a neuf ans, mais sans en connaître alors la provenance botanique. M. VILLEJEAN l'a attribué, depuis lors, à un arbrisseau du Mexique, le *Callandria Houstoni*, de la famille des légumineuses mimosées. La plante fleurirait en pleine terre à Valence, et il y a très longtemps qu'on la cultive dans les serres en Angleterre.

D'après Villejean encore, l'écorce de ce callandria, laquelle est la partie usitée, renferme des matières grasses et cireuses, des huiles essentielles, une petite quantité de résines, enfin une matière réductive incristallisable, unie à un tannin spécial, voisin de celui du cédron et du quinquina : jusqu'ici, pas d'alcaloïde. La décoction et la macération alcoolique entraînent les principes actifs. M. Valude emploie la décoction fait avec 70 grammes d'écorce pour 1 litre d'eau que l'on fait réduire à moitié (à prendre en 4 fois, dans les 24 heures, chaud et sucré), et un extrait alcoolique délayé dans un vin liquoreux (élixir).

M. Valude a fourni 15 observations personnelles : 8 fièvres paludéennes quotidiennes ou tierces, 7 fièvres liées à la grippe ou à la tuberculose.

Pour les premières, une seule dose a généralement suffi à la guérison ; deux, au plus, ont été nécessaires. On pourrait la donner à un moment quelconque, *même pendant l'accès*. Comme le remède provoque facilement le vomissement, il faut l'administrer à jeun.

Aucune expérimentation physiologique n'a été faite.

II

La *myocardite segmentaire* a été décrite comme lésion, par MM. Renaut (de Lyon) et Landouzy, en 1877. Elle est aujourd'hui connue de tous et consiste en un ramollissement du ciment qui unit bout à bout les cellules musculaires cardiaques et en fait cet ensemble soudé et arborisé dans tous les plans, véritable filet de mailles contractiles. A l'état aigu, on a observé cette myocardite à la suite de la fièvre typhoïde. A l'état chronique, elle complique souvent les affections orificielles et l'artéro-sclé-

rose; mais il en existe aussi une forme essentielle pure propre aux vieillards, révélée sur le vivant par quatre signes cardinaux, qui sont: l'*arythmie* vraie multiforme, l'*effacement du choc précordial localisé*, la *matité rectangulaire* et le *souffle médio-cardiaque*. D'autre part, signes négatifs, consistant dans l'absence de tuméfaction du foie, de veinosité du visage et de dilatation du cœur droit, du tableau classique de l'asystolie. Les urines ne diminuent pas de quantité; mais l'œdème pulmonaire est fréquent. La mort arrive soit par syncope brusque (1/7 des cas), soit à la suite d'une série de crises de lipothymie, soit par exagération progressive de l'arythmie et débilité croissante, soit par des thromboses corticales du cerveau, ou encore par une affection intercurrente légère. La mort par rupture de cœur n'a jamais été observée. Suivant ALB. ROBIN d'ailleurs, les conditions pathogéniques de la rupture seraient la réunion de la sclérose et de la dissociation musculaire.

En dehors de la sénilité, l'alcoolisme peut être la cause de la dégénérescence; mais il est probable, malgré l'obscurité sur ce point du texte de M. Renaut, que la lésion est alors moins pure et compliquée de sclérose. Pour en juger autrement, il faudrait faire table rase des observations anciennes, et elles sont précises au sujet de la sclérose.

Quoi qu'il en soit, le premier signe révélateur est l'arythmie du cœur et du pouls, qui commence par être paroxystique avant de s'établir d'une manière continue.

Sommes-nous en présence d'une *nouvelle maladie organique du cœur*, ainsi que le dit expressément M. Renaut, dans le titre même de sa communication? Non c'est une erreur absolue. Si l'histoire de la myocardite chronique

essentielle est à perfectionner, elle n'est plus à trouver cliniquement. M. PETER l'a longuement décrite avec sa marche et ses terminaisons propres, comme l'apanage des vieillards et des alcooliques. « On la rencontre chaque jour, dit-il, et elle est chaque jour méconnue. » M. HUCHARD en a donné la symptomatologie rigoureuse. Nul n'a mieux signalé que lui les crises révélatrices d'*arythmie*, comme absolument caractéristique de la myocardite. En quoi ont péché ces deux auteurs, *pour ne citer qu'eux seuls*? M. Peter a rapporté la maladie à l'altération granulo-graisseuse ou sclérotique du myocarde. S'est-il toujours trompé? M. Renaut ne se trompe-t-il pas lui-même en attribuant toutes les myocardites essentielles à l'altération fragmentaire? Les deux origines ne peuvent-elles donc être vraies toutes les deux? M. Huchard tend certainement à voir l'artério-sclérose sous la myocardite. A-t-il tort? Les vieillards observé par M. Renaut n'étaient-ils donc point artério scléreux? Dans ces cas, ne pourrait-il donc pas y avoir d'autre forme de myocardite que la sclérose? Disons seulement que la question mérite d'être étudiée.

Nous n'en sommes pas moins tenu à être juste, et il faut bien reconnaître que M. Renaut vient de nous rendre deux très importants services : celui de nous faire connaître une lésion nouvelle, non univoque sans doute, de la myocardite chronique essentielle ; celui aussi d'en avoir minutieusement étudié et perfectionné la sémeiotique. Ces mérites doivent lui suffire. Insistons, à sa suite, sur quelques points.

A l'autopsie, le cœur est à peine augmenté de volume (370 grammes en moyenne) ; pas de dilatation des cavités ; séreuses saines ainsi que les valvules ; coronaires perméables. La couleur du myocarde est feuille morte, sépia ou

gris de tourterelle. Sa substance a la consistance du carton mouillé et se déchire sous le doigt. L'examen histologique révèle de nombreux foyers de dissociation segmentaire, soit isolés, soit unis par des traînées, ou bien une dissociation diffuse ; mais celle-ci est constante dans les muscles papillaires moteurs. Le stroma connectif et vasculaire est sain. La lésion est réduite, en définitive, au cassottement des fibres ramifiées du cœur, chaque fragment de la fibre cassée en travers répondant à une ou à quelques cellules cardiaques. Si l'on agite un fragment de myocarde dans une goutte d'eau, en le dissociant très légèrement avec des aiguilles, il se résout en une *poussière musculaire*, dont chaque grain est formé par une cellule contractile qui n'a pas subi la dégénérescence graisseuse, mais dont le fuseau protoplasmique circumnucléaire est rempli de pigment brun ou doré.

Le pouls conserve le caractère du pouls sénile et est grand et ample. Il est seulement arythmique. Deux formes d'ailleurs : le faux pouls régulier, dont le vrai caractère n'est appréciable qu'au sphygmographe ; le pouls arythmique vrai, multiforme, dont les variations incessantes défient toute description. Je le répète, ce signe est bien connu et a été surtout bien interprété par M. Huchard, l'effacement du choc précordial localisé n'est pas moins classique.

Ce qui l'est moins, c'est ce que M. Renaut appelle la *matité rectangulaire*, laquelle s'étend comme un carré le long du bord gauche du sternum qu'elle ne dépasse pas. Ce signe est-il réellement pathognomonique?

Le souffle *systolique médio-cardiaque* n'en est pas à sa première description. On sait, en effet, depuis assez longtemps, que dans les affections mitrales, l'extension du souffle vers le milieu du cœur est un signe de myocardite.

Il est d'ailleurs, ce souffle, inconstant et instable. Le plus sage est donc, à l'exemple de M. Peter, de ne pas compter le bruit de souffle au nombre des signes positifs de la myocardite essentielle.

Enfin la marche, dans les premières périodes, est paroxystique, procédant par crise d'arythmie, et ce n'est qu'à la fin que celle-ci s'établit d'une manière permanente.

Pour terminer, M. Renaut insiste sur le traitement par la digitale et le vin de Champagne. Il croit que le médicament joue un rôle préventif dans les bronchites séniles, qui se terminent souvent par la mort, grâce à la myocardite.

III

M. Panas a essayé sur le lapin et sur l'homme la propriété anesthésique locale de la *strophantine* et de l'*ouabaïne* (alcaloïde de *l'ouabaio*, poison des flèches extrait du *Carissa schimperi*, de la famille des *apocynées*), et conclut que ces substances doivent être rejetées de la pratique ophthalmologique comme on avait déjà rejeté *l'érythrophléine*. Les raisons sont que l'ouabaïne qui anesthésie l'œil des animaux (Gley) ne paraît pas avoir d'action sur l'œil humain, et que la strophantine, dont l'action est réelle et positive, jouit de propriétés irritantes nuisibles. Seule donc, la cocaïne mérite, jusqu'à présent, la faveur des ophtalmologistes.

IV

De l'aération permanente par la fenêtre ouverte. Le titre est séduisant et à la mode, comme la gymnastique et les exercices du corps. La critique aurait beau faire contre les

auteurs qui *découvrent* ces choses-là, avec bonne foi, nous l'espérons, si sous ces prétentions à la nouveauté originale, il n'y avait la volonté louable de sages réformes et une réaction salutaire contre des pratiques surannées. Aujourd'hui c'est M. NICAISE qui apporte à l'Académie le résultat d'observations faites par lui-même à Nice (Carabacel) de décembre 1888 à avril 1889. Étant données ces tendances, heureuses pour la plupart, de la phthisiologie moderne, l'honorable chirurgien, avec la fenêtre ouverte doit espérer d'enfoncer une porte ouverte !

On attribue généralement à DETTWEILER la première application du système à *Falkenstein* dans le Taunus (travail publié en 1887). Les Dr DAREMBERG et POUZET ont imité ensuite cette pratique à Menton et à Cannes.

M. Nicaise rappelle, avec le plus grand sens, que nous n'avions pas besoin d'aller chercher sur ce point, des renseignements à l'étranger, suivant notre déplorable habitude. Dès 1752, Raulin conseillait de placer les tuberculeux dans une chambre dont les fenêtres doivent être maintenues ouvertes pendant la nuit. J'ai vu il y a vingt ans, à Menton, tous les malades de BENNET coucher ainsi, et il y avait quinze ans qu'il le faisait avec succès. JACCOUD, G. SÉE, DEBOVE, PETER ont insisté sur cette manière de faire, longtemps avant que Dettweiler eût écrit une ligne. L'exemple de Falkenstein n'en est pas moins remarquable, parce que cette localité, d'une altitude de 400 mètres, est très froide l'hiver. A Davos, climat infiniment plus rigoureux, on laisse bien les vasistas entr'ouverts pendant la nuit. Venons aux observations de M. Nicaise.

Pendant 106 jours, il a pris, à Carabacel tous les matins, la température de l'air extérieur et celle d'une chambre

située au 1er étage et ayant une fenêtre exposée directement au sud-ouest. Pendant le jour, les fenêtres étaient largement ouvertes ; mais dès que le jour avait disparu, on fermait les persiennes. Pendant la nuit, la fenètre restait entr'ouverte de manière à laisser un espace libre de 30 à 40 centimètres. Dans la chambre, une cheminée dans laquelle le feu n'a jamais été allumé.

Avec les deux températures comparées, extérieure et intérieure, de la chambre (à 3 m. 50 de la fenêtre), M. Nicaise a établi deux courbes minima qu'il analyse ainsi :

Tandis que la température minima, à l'extérieur, a oscillé entre — 2° et + 14°,5, la température minim. de la chambre a varié entre + 10° et + 15°.

Les courbes des modifications, à l'extérieur et à l'intérieur, ne sont pas parallèles. Ainsi les différences sont beaucoups moins fortes quand la température extérieure est élevée que quand elle est basse.

Avec une température extérieure de — 2°, celle de la chambre se maintenait à + 10°. Si au contraire, la première était de — 14°,3, la seconde ne dépassait pas + 13°,5. Cette conclusion est très curieuse : *la température intérieure varie très peu, quelle que soit l'extérieure.*

A quoi est dû ce fait presque paradoxal? A l'emmagasinement du soleil par les parois de la chambre à la faveur des fenêtres grande ouvertes tout le jour? Y a-t-il une différence pour les jours où le ciel reste couvert? M. Nicaise ne l'a pas recherché? Pour la même raison, en serait-il de même dans le nord, dans les hivers sans soleil?

A Falkenstein, à Davos l'air des chambres doit se refroidir beaucoup plus pendant la nuit. Mais là intervient un autre facteur à savoir l'accoutumance au froid qui s'établit peu à peu pendant les sorties et promenades de la journée.

Vraies pour notre littéral méditerranéen, les observations de M. Nicaise ne se vérifieraient donc pas partout.

Quoi qu'il en soit, l'aération permanente, la respiration d'un air pur, non vicié, doivent entrer définitivement dans la pratique courante pour le traitement de la phthisie. Le nouveau sera la généralisation sage et prudente de la méthode qui, dans tous les cas, pour ne pas causer d'accidents, devra être réglée par le médecin.

V

M. A. Moissan a étudié la propriété anesthésique des *fluorures d'éthyle* et de *méthyle*, lesquelles sont gazeux, comme tous les éthers fluorés de la série à partir du méthyle jusqu'au butyle.

L'auteur a institué des expériences comparatives avec les composés chlorés correspondants, en plaçant des cobayes sous des cloches contenant 7 litres 500 de l'un ou de l'autre des gaz qu'il s'agissait de comparer.

Il est résulté de ces expériencesque le fluorure d'éthyle a des propriétés anesthésiques restreintes, avec une zône maniable peu étendue, de sorte que la dose toxique est facilement atteinte. Mort du cobaye quand l'atmosphère contient 6, 7 p. 100 de fluorure, tandis que le chlorure à 8 p. 100 provoque une anesthésie complète, suivie d'un réveil facile à l'air libre.

Mais le fluorure de méthyle produit beaucoup mieux l'anesthésie. Comme le chloroforme est un composé chloro-méthylique, le *fluoroforme* doit avoir des propriétés anesthésiques très voisines de celles du chloroforme, et, à ce sujet, MM. Gréhant et Meslans auraient déjà obtenu d'intéressants résultats.

VI

On se rappelle la communication récente de MM. G. Sée et Lapicque sur l'*iodure de potassium* considéré comme médicament cardiaque. M. Laborde apporte aujourd'hui (7 mars) les expériences qui lui sont personnelles. La comparaison des deux iodures alcalins est tout aussi vraie pour toutes les séries des sels de potassium et de sodium, et est une loi en matière médicale, la parenté chimique n'impliquant nullement l'identité physiologique et thérapeutique.

Tout d'abord, la toxicité des sels de potassium est très supérieure à celle des sels de sodium.

La différence est très vraie, mais nous n'en sommes pas moins étonné d'entendre M. Laborde conclure à l'inertie du bromure de sodium, dont la clinique a prouvé l'efficacité.

L'iodure de potassium exerce sur le bulbe et la moelle une action prépondérente qui se traduit par une contracture généralisée, tétaniforme, facile à observer sur la grenouille, et, dans une seconde période, par un collapsus profond. Les premiers effets seraient surtout dus au potassium et les seconds à l'iode ; car ils feraient défaut avec l'iodure de sodium.

Quoi qu'il en soit, il y a un retour de faveur marqué et justifié vers l'iodure de potassium ; mais nous ne pouvons nous défendre de la pensée que M. Laborde a apporté dans la défense de sa thèse quelques exagérations. C'est un esprit très net, trop net, si je puis dire ainsi, enclin aux solutions tranchées, genre de solutions qui, en biologie, se contredisent souvent et varient sans cesse. On ne peut

s'en étonner, étant donnée la nature complexe et les conditions nombreuses des phénomènes de la vie.

VII

MM. G. Sée et Lapicque ont communiqué un travail sur *l'action de la caféine sur les fonctions motrices et respiratoires à l'état normal et à l'état d'inanition* (11 mars).

Les récits merveilleux des voyageurs sur la possibilité, pour certaines populations primitives, d'accomplir des travaux pénibles sans nourriture, à l'aide de certains produits végétaux, sont-ils vraisemblables? Dans l'Amérique du Sud, nous trouvons la *coca*, le *maté*, le *guarana*; en Afrique, la noix de *kola*; en Asie, le *thé* et le *café*. Toutes ces substances, à l'exception de la coca, contiennent de la *caféine*.

C'est au contrôle expérimental de ces faits que se sont voués MM. Sée et Lapicque.

Ils se sont attachés tout d'abord à vérifier leur réalité par des expériences sur eux-mêmes avec la kola, le café, et ils en ont conclu, en effet, que :

1° Ces substances facilitent grandement le travail musculaire, et permettent de le continuer longtemps sans fatigue.

2° Elles permettent de se passer d'aliments pendant un temps plus ou moins long, même si l'on a un travail considérable à accomplir.

Comment interpréter ces faits? On ne le peut évidemment que par la connaissance de l'action physiologique de la caféine sur le travail musculaire, et de ses effets sur la nutrition. On interprétera ensuite.

La caféine, à dose toxique, provoque, chez les gre-

nouilles rousses des contractures qui s'établissent progressivement sans convulsions, les muscles devenant inexcitables. On avait conclu de là à une action directe sur les muscles. Mais les grenouilles vertes, au contraire, présentent de la façon la plus nette une excitation de la moelle se traduisant par des convulsions analogues à celles de la strychnine. Ici, l'action porte directement sur la moelle.

Laquelle des deux actions se rencontrera-t-elle chez l'homme? Les convulsions ayant été observées sur les mammifères, c'est l'action nerveuse qu'il faut admettre pour l'homme.

En outre de la moelle, la caféine excite les appareils moteurs cérébraux. Ainsi on trouve réunis un influx moteur volontaire plus fort et une excitabilité médullaire augmentée. Mais il y a encore autre chose, que des expériences sur l'homme ont mis en évidence.

Les efforts prolongés, dans les conditions ordinaires, entraînent de la dyspnée parce que ces efforts augmentent les oxydations (urée augmentée), d'où une sorte de *soif d'air*. Les auteurs ont étudié cette dyspnée à l'aide de graphiques pris pendant la course. Ayant ainsi pris des graphiques d'épreuves pour un sujet, ils lui faisaient avaler 25 à 30 centigrammes de caféine, et la course était recommencée deux heures après. Pendant ces deux premières heures on observe de l'essoufflement et des palpitations. Après au contraire, le pouls s'était beaucoup moins accéléré par la course (pas un battement de plus qu'avant la course) ; le rythme respiratoire ne se modifiait plus, et comme phénomène subjectif, il ne ressentait pas davantage d'oppression, alors qu'après la première course elle était si pénible. Marey ayant démontré qu'il en était ainsi à la

suite de *l'entraînement*, il en résulte que la caféine peut mettre le premier venu dans l'état d'un homme entraîné.

La recherche des effets sur la nutrition est beaucoup plus compliqué et a fourni beaucoup d'erreurs aux nombreux physiologistes qui s'en sont occupés.

La caféine n'est pas un *élément d'épargne*, dans le sens que Gubler avait attaché à ce mot. En produisant cette excitation du système cérébro-moteur, d'où dépend l'augmentation de la tonicité musculaire, la caféine augmente la pertes de carboné de l'organisme et surtout des muscles, mais elle ne restreint pas les pertes azotées. Une action d'épargne ne pouvait d'ailleurs se produire chez les animaux supérieurs que par l'inaction musculaire.

Avec la caféine, on ne remplace donc pas les aliments ; on ne remplace que l'excitation tonique générale que produit l'*ingestion* (non l'assimilation) des éléments. Tout en pouvant travailler grâce à cet excitant, l'inanité attaquera sa réserve et épuisera son stock nutritif. L'ancienne erreur provenait d'une illusion, d'un trompe-l'œil.

Dr PIEDVACHE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

CANCER PRÉCOCE DE L'ESTOMAC. — L'EAU DE SEINE ET LA FIÈVRE TYPHOIDE. — KYSTES HYDATIQUES DU FOIE ET LAVAGES DE SUBLIMÉ. — LA GRIPPE. — BACTÉRIOLOGIE DE LA GRIPPE. — QUELQUES FORMES CLINIQUES DE LA GRIPPE. — LA GRIPPE CHEZ LES ENFANTS. — CONTAGIOSITÉ DE LA GRIPPE. — GRIPPE ET PHLÉBITE. — GRIPPE ET DENGUE.

M. DEBOVE rapporte l'observation d'un jeune homme

de 19 ans, n'ayant pas d'antécédents cancéreux, ayant fait des excès alcooliques, qui commença il y a cinq ou six mois à éprouver quelques douleurs d'estomac assez vagues ; il y a deux mois, hématémèse assez abondante, pour laquelle il entre à l'Hôtel-Dieu ; diagnostic : gastrite ulcéreuse ; régime lacté, pas de vomissements, pas d'amaigrissement.

Il entre un mois plus tard (24 juillet) dans le service du Dr Debove, avec une douleur localisée au niveau de la vésicule biliaire.

Le 12 août, hématémèse abondante, suivie de mélæna ; les hémorrhagies se renouvellent pendant trois jours et produisent une anémie profonde.

Le 14, il y eut un commencement d'ascite qui augmenta jusqu'au 21 août, où il mourut subitement par syncope.

A l'autopsie : ascite abondante ; l'estomac est distendu par un litre de sang noirâtre ; plaque cancéreuse large comme la paume de la main, au niveau de la petite courbure, avec une surface ulcérée à bords saillants ; quelques petits nodules cancéreux dans les autres parties de l'estomac, l'épiploon gastro-hépatique, le foie, la rate, le diaphragme et les plèvres (*séance du* 22 *nov.* 1889.)

II

A propos d'une communication de M. VAILLARD sur l'étiologie de la fièvre typhoïde, notre ancien collègue CHANTEMESSE a fourni quelques chiffres que nous allons reproduire à titre de renseignements et qui paraissent en faveur de l'influence pathogénique de l'eau de Seine sur la production de la fièvre typhoïde.

Voici les entrées par fièvre typhoïde dans les hôpitaux.

Du 6 octobre	au 12 octobre	....	46 entrées.
13 —	19 —	....	46 —
20 —	26 —	....	39 —

A la suite d'une rupture de conduits, on remplace du 31 octobre au 5 novembre l'eau de source par l'eau de Seine.

Du 27 octobre	au 2 novembre	....	36 entrées.
3 novembre	au 9 —	....	40 —
10 —	16 —	....	95 —
17 —	23 —	....	177 —
24 —	30 —	....	185 —
0 —	7 décembre	....	189 —

L'augmentation du nombre des fièvres typhoïdes a été progressive et a atteint un chiffre élevé vers la troisième semaine après l'usage de l'eau de Seine (*séance du 13 décembre 1889.*)

III

M. Chantemesse lit au nom de M. Mesnard (de Bordeaux) un travail sur le traitement des kystes hydatiques du foie par des lavages au sublimé. Cet auteur a traité plusieurs cas de cette façon et il existe quelques observations publiées par d'autres auteurs. Voici le procédé opératoire.

Avec l'aiguille n° 2 de l'appareil Dieulafoy on vide le kyste ; on injecte de la liqueur de Van Swieten, environ la moitié ou les deux tiers de la quantité de liquide retirée, et on laisse l'injection environ cinq minutes ; on aspire de nouveau le liquide injecté, puis on lave la poche en injectant et en aspirant de l'eau stérilisée.

Malgré la grande quantité de sublimé injectée, il y en a peu d'absorbé à cause du lavage consécutif, et on n'observe aucun symptôme d'intoxication. Ce procédé a amené la guérison, non seulement des kystes hydatiques simples, mais de ceux qui sont déjà suppurés (*séance du* 8 *janvier* 1890.)

IV

M. Legroux parle de l'influenza qui commence à sévir à Paris ; pourquoi ne pas dire simplement la grippe ? Est-ce parce que c'est le nom français. A ce propos, M. Seveste émet l'opinion que l'on est peut-être en présence de la grippe et de quelques cas de dengue modifiée. M. Legroux et notre ancien collègue et ami Chauffard s'élèvent avec raison contre cette opinion (*séance du* 13 *déc.*).

V

Quoique l'action des microbes dans la production des maladies nous paraisse secondaire et soumise à la prédisposition définie, nous devons cependant tenir nos lecteurs au courant de ce qu'on écrit sur ce sujet.

Dans deux séances successives (24 *janvier et* 7 *février*), M. Vaillard, professeur agrégé au Val de-Grâce, a donné un compte rendu des expériences de bactériologie qu'il a faites dans cet hôpital. Les recherches ont porté : 1° sur les viscères, le sang, les liquides épanchés chez les sujets ayant succombé; 2° sur le liquide des épanchements pleuraux pendant la vie, et 3° sur les crachats.

Les résultats de toutes ces expériences ont été identiques et amènent les conclusions suivantes :

« 1° Chez les sujets qui succombent à la grippe un

streptocoque se trouve d'une façon constante dans le sang, la rate, le poumon et les liquides épanchés.

« 2° Dans les empyèmes consécutifs à la grippe, on trouve le même streptocoque.

« 3° Ce streptocoque a été rencontré constamment dans l'expectoration des sujets atteints de grippe ». Le Dr Vaillard est tenté de conclure que ce streptocoque est la cause de la grippe; il se demande si c'est là un organisme nouveau, différent de celui qui provoque l'érysipèle, l'infection puerpérale.

Dans la seconde communication, le même auteur rapporte deux autopsies nouvelles ayant donné un examen bactériologique identique. Les expériences d'inoculation sur les animaux (souris blanches et lapins) produisent des accidents très semblables à ceux qui sont sous la dépendance du streptocoque de l'érysipèle; les inoculations tuent les animaux en produisant des lésions de pleurésie, de péricardite, de péritonite et d'hépatisation pulmonaire.

Dans les discussions qui ont suivi, nous relevons plusieurs faits intéressants : M. Netter rappelle qu'il existe dans la bouche des sujets sains un streptocoque dont les inoculations produisent les mêmes résultats. Il a dans les autopsies qu'il a faites sur des grippés, rencontré aussi des streptocoques, mais de plus il a trouvé des pneumocoques; même dans deux cas de pleurésie purulente, il a trouvé le pneumocoque seul.

M. Laveran à propos d'une communication antérieure sur la pneumonie dans la grippe dont nous parlerons plus loin avait dit qu'il avait trouvé des streptocoques et des pneumocoques chez les malades qui avaient succombé à la grippe, mais il ajoutait : « J'ai fait plusieurs fois l'exa-

men du sang recueilli sur le vivant dans les cas de grippe ordinaire et je n'y ai trouvé ni streptocoques, ni aucun autre microbe.

Il faut rapprocher de cette communication celle de notre ancien collègue CHANTEMESSE. « Nous avons examiné, M. Widal et moi, le sang de huit malades atteints de grippe dans les premières heures qui suivaient le début de la maladie, pendant que la fièvre marquait de 39° à 40°. L'examen était fait directement sur du sang qu'on venait de prendre avec pureté sur le doigt et qu'on étalait entre deux lamelles de verre, et sur du sang étalé et desséché sur des lamelles, et coloré au bleu de méthylène. Jamais nous n'avons vu une forme quelconque qu'on put considérer comme un parasite. Les cultures du sang faites dans tous les milieux ordinaires, à cette période de début de ces malades, ont été stériles ».

Ainsi d'un côté on rencontre à l'autopsie le plus souvent, mais pas toujours (deux cas de Netter où il n'existait que des pneumocoques) un streptocoque qui paraît ressembler au microbe de l'érysipèle ;

D'autre part, le sang au début de la maladie ne contient aucune espèce de microbes ;

Nous sommes portés à conclure que le microbe est le produit morbide et non la cause de la grippe. Du reste si on se reporte aux recherches faites sur le microbe du choléra par M. Strauss (1) on verra que chez les cholériques le microbe en virgule était d'autant plus abondant que la maladie avait évolué plus lentement, et que même il n'existait pas dans les cas foudroyants. Ces faits sont absolument contraires au rôle étiologique du microbe.

(1) Voir *Art médical* 1884.

VI

M. Huchard, que nous retrouverons encore plus loin sur ce sujet, fait une très intéressante communication sur quelques formes cliniques de la grippe. Nous ne considérons pas comme lui les accidents qui peuvent survenir du côté du poumon ou du cœur comme constituant de véritables formes cliniques de la grippe, ce sont des complications venant aggraver les grippes de forme commune, complications tirant une gravité spéciale du génie épidémique et de leur localisation. Cette petite réserve faite, nous dirons que nous avons trouvé des renseignements très importants dans cette communication.

En dehors de la broncho-pneumonie, de la pneumonie, et de la pleurésie qui ont été souvent rencontrées dans le cours de cette épidémie, M. Huchard nous montre un état paralytique des bronches et du poumon, ce qu'il nomme la *forme broncho-plégique* de la grippe, état qui peut venir se greffer sur une bronchite ou une broncho-pneumonie antérieure (que l'on peut du reste observer en dehors de la grippe) ou qui se développe d'emblée comme il le montre dans l'observation suivante :

Une femme de 76 ans, asthmatique et emphysémateuse, jouissant jusque-là d'une santé relativement bonne, fait une sortie et s'expose au froid. Quelques jours auparavant elle éprouvait déjà des malaises et respirait avec une certaine difficulté, mais le soir même de sa sortie intempestive, elle est prise d'une dyspnée fort intense. Bientôt la respiration s'embarrasse de plus en plus, de gros râles trachéo-bronchiques s'entendent à distance; *il n'y a jamais eu de fièvre*; *l'auscultation ne fait constater aucun signe de*

bronchite ou de congestion pulmonaire, l'asphyxie fait des progrès continus, les extrémités se cyanosent, la malade est prise d'une toux incessante et insuffisante pour l'expulsion des mucosités qui s'accumulent sans cesse dans les bronches, et elle meurt ainsi *asphyxiée* au bout de huit jours. Ici, s'agissait-il de bronchite ? Nullement, car on ne constatait aucun râle de bronchite : il n'y a pas eu de fièvre et l'affection grippale a atteint d'emblée le système nerveux pulmonaire, sur les bronches qui ont été frappées d'inertie. Il s'agissait donc, à proprement parler, d'une *paralysie pulmonaire* (*séance du* 24 *janv.* 1890).

VII

Nous ne ferons qu'analyser la communication de notre ancien collègue Comby, car pour nous il y a peu de différence dans les symptômes produits par la grippe chez les enfants et les adultes.

Il signale chez un de ses petits malades une *céphalalgie* si intense, qu'un médecin avait cru à une méningite.

Ce qui ressort de ce travail est que les enfants ont très peu présenté de complications pulmonaires, 18 bronchites et 1 broncho-pneumonie sur 218 malades. Nous confirmerons cette affirmation du Dr Comby, nous n'avons aussi dans cette dernière épidémie observé que très peu de complications pulmonaires chez les enfants ; nous avons rencontré une broncho-pneumonie et une pleurésie, qui ont du reste guéri très rapidement.

Le Dr Comby n'a perdu qu'un enfant sur 218. La grippe est beaucoup moins grave chez l'enfant que chez l'adulte et le vieillard ; cela tient à l'absence des complications dulmonaires (*séance du* 7 *fév.* 1890).

VIII

M. Antony présente plusieurs faits qui se sont passés au Val-de-Grâce, et qui sont en faveur de la contagion de la grippe.

1° Dans son service, sur 80 cas de grippe, il a eu 15 cas contractés par des malades en traitement depuis déjà quelque temps.

2° Le service des maladies contagieuses, qui est bien isolé et qui contenait 15 malades, n'a présenté aucun cas de contagion.

3° Le service des détenus, qui est isolé, n'a eu aucun cas de grippe jusqu'au 22 décembre, jour où est entré un grippé, qui a propagé sa maladie.

Notre ancien collègue et ami Barth raconte à l'appui de cette communication que les premiers malades atteints de grippe sont entrés dans son service le 20 décembre et que deux jours après se sont déclarés plusieurs cas intérieurs.

Nous devons ajouter que M. Balzer a observé à l'hôpital de Lourcine une dizaine de cas de grippe venant tous du dehors et qu'il n'y a pas eu de cas intérieur (*séance du 14 février*).

IX

A titre de renseignement nous prenons dans une communication de M. Ferrand l'histoire de deux cas de phlébite consécutive à la grippe.

1° Fermière des environs de Paris, 50 ans, grippe intense avec pneumonie droite et phlegmatia double.

2° Homme entré à Laënnec ayant une phlébite légère après une grippe peu intense.

X

M. Féréol fait à son tour la petite histoire de sa pratique, et à ce propos parle de deux malades ayant présenté des éruptions. Cette communication ouvre une petite discussion où chacun vient rapporter les éruptions dont il a été témoin.

Voici les deux cas de M. Féréol :

Une cuisinière, qui a présenté une rougeur scarlatiniforme de la figure, des épaules et des bras, avec des démangeaisons et picotements insupportables ; tension douloureuse de la peau, rendant impossibles les mouvements des doigts ; injection des conjonctives ; cette femme avait en même temps des douleurs dans les jambes qui persistaient fort longtemps et rappelaient tout à fait le *père des genoux*.

Une dame d'une cinquantaine d'années, chez qui une une éruption identique s'est produite presque instantanément ; la malade croyait avoir un érysipèle. Cette éruption fut très passagère (vingt-quatre ou trente-six heures) et ne produisit pas de desquamation. Elle s'accompagna de bronchite catarrhale et de douleurs rhumatoïdes.

M. Renault a observé quatre malades atteints d'érythème, paraissant devoir se rattacher à l'épidémie régnante et qui avaient été envoyés à l'hôpital d'Aubervilliers comme des varioles au début : deux des malades avaient une éruption morbilliforme, sans aucun des symptômes catarrhaux de la rougeole : un troisième une éruption scarlatiniforme de la face et du cou, et rubéolique pour le

reste du corps ; le quatrième avait une éruption différente, « constituée par des placards rouge pâle, de configuration irrégulière, disparaissant aisément sous le doigt, et occupant la totalité du corps, sauf la face. L'éruption s'éteignit le huitième jour, sans trace de desquamation ».

Notre ancien collègue Petit rapporte ensuite l'observation d'un garçon de 14 ans, pris brusquement d'un malaise, avec courbature et frisson. Le jour même du début, il « offrait sur la face, le cou, et la partie supérieure de la poitrine une éruption ressemblant à celle de la scarlatine, quoique moins granitée ; un peu de rougeur aux poignets et à la partie inférieure des avant-bras. Les yeux par contre étaient ceux d'un rubéoleux : injection conjonctivale intense, larmoiement, légère photophobie, la gorge légèrement rouge ne présentait pas d'exsudat ». Il y eut un peu de toux.

La convalescence fut rapide et sans desquamation. Est-ce la dengue? Je ne le pense pas, répond judicieusement Petit.

Notre ancien collègue Faisans est moins affirmatif, à notre grand regret ; il a observé en décembre un cas analogue : un jeune garcon de 15 ans, pris subitement de fièvre violente, avec douleurs et céphalalgie. « Le quatrième jour, survint une éruption scarlatiniforme sur tout le corps ; deux jours plus tard apparurent des sudaminas et le tout se termina par une desquamation généralisée. Le malade n'eut jamais ni coryza, ni laryngite, pouvant faire songer au catarrhe de la grippe, et comme je venais de lire le mémoire si souvent cité de de Brun, j'avoue que j'ai été frappé de retrouver sur mon malade tous les phénomènes qui sont considérés par cet auteur comme caractéristiques de la dengue. Ce qui augmenterait encore à

mon sens, l'intérêt de ce cas, c'est que la sœur du jeune homme, prise de fièvre et de courbature le même jour que lui, infectée en même temps que lui, sans doute, et dans le même milieu, présenta un cas type de la grippe, sans la moindre éruption.

Nous avons cité complètement la communication de notre ami Faisans parce qu'elle contient un argument contre la coexistence à Paris d'une épidémie de dengue, et d'une épidémie de grippe. Puisque le frère et la sœur ont été contaminés ensemble et ont eu l'un une maladie avec éruption, l'autre une maladie catarrhale, il nous semble qu'il était logique de conclure que dans ces deux cas on avait affaire à deux formes distinctes d'une même maladie. Du reste, il y a eu un grand nombre de cas de grippe où il n'existait aucun catarrhe. Comment être étonné de voir qu'un certain nombre de praticiens, d'un niveau moyen, étaient indécis au sujet de la nature vraie de l'épidémie que nous venons de traverser lorsque l'on a vu hésiter des médecins des hôpitaux, que l'on peut, à juste titre, considérer comme les représentants les plus distingués du corps médical français. Il est vrai que l'étude du microscope est plus cultivée que celle des anciens, et qu'un grand nombre n'étaient pas bien au courant des épidémies de grippe, qui pendant les siècles précédents ont offert un tableau clinique analogue à celui qu'il nous a été donné d'observer dernièrement.

D[r] MARC JOUSSET.

REVUE DES JOURNAUX ANGLAIS

QUELQUES GUERISONS AVEC DES MEDICAMENTS EMPIRIQUES
Par le Dr DUDGEON (1).

Sous ce titre, le Dr Dudgeon donne plusieurs observations doublement intéressantes : en premier lieu les maladies dont il est question ici sont de celles où nos médicaments les mieux appropriés et les mieux indiqués par la matière médicale sont le plus souvent sans résultat. Le docteur Dudgeon a eu le rare bonheur de mener son traitement à bonne fin. En second lieu les médicaments employés n'ont pas encore de pathogénésie rigoureusement faite. L'usus in morbis seul a dicté leur emploi. Nous devons cependant remarquer que l'auteur les a employés suivant la méthode hahnemannienne à dose atténuée. Voici d'ailleurs les observations résumées :

1. *Syzygium jambolanum dans le diabète.*

A. Une femme de 70 ans vint me consulter le 26 septembre 1887, se plaignant de violentes démangeaisons à la vulve, qui ne lui laissaient de repos ni jour ni nuit. Elle avait en plus un furoncle entre les deux épaules et quelques taches de psoriasis sur la partie supérieure du tronc. Depuis quelque temps, grande faiblesse, soif insatiable et émission d'urine très abondante. A l'examen les urines contenaient une grande quantité de sucre. Densité.1040. *Phosphori acid.* 1 : 10, 4 gouttes trois fois par jour. Le 11 octobre, même état. *Syzygium* (0) deux gouttes deux fois par jour. Le 8 novembre, les urines sont toujours très abon-

(1) The homœopathie World, 2 décembre 1889, page 538 et suiv.

dantes. Densité, 1037. Soif moindre. Prurit diminué. Sur tout le corps picotements comme avec des aiguilles. Le 11 novembre la soif augmente. Les urines sont diminuées. Très peu de prurit. Leucorrhée très abondante. *Arsen. brom.* (3 : 10). trois fois par jour. 1e janvier. Les urines sont en bien moins grande quantité. Densité 1032. Sucre très diminué. Moins de soif. Plus de leucorrhée. *Syzygium* et *phosphori acid.* alternés furent prescrits de nouveau. En mars, *syzygium* seul fut administré. En juin il fut alterné tous les deux jours avec *arsen. brom.* jusqu'en juillet et tous les symptômes disparurent successivement. En novembre il y eut de nouveau un peu de prurit qui disparut très rapidement par quelques doses de *caladium* (3 : 10).

B. Docteur G., âgé de 56 ans, vint me consulter le 5 septembre 1889, se plaignant d'une « chaleur piquante » sur la partie supérieure du corps et des bras. La peau était recouverte de petites papules rouges, siège de démangeaisons qui ne lui laissaient aucun repos. Depuis une semaine, le malade s'était abstenu de viande, ne mangeant que du pain, des féculents, des végétaux et des fruits. Grande faiblesse. Soif vive, langue sèche ; toutes les deux heures, la nuit et le jour, il buvait de grandes quantités d'eau. Urines très abondantes. Densité 1.036. Sucre en abondance. Je lui ordonnai de ne manger que de la viande, des légumes verts, très peu de pain, et de s'abstenir de sucre. Je lui prescrivis de prendre toutes les 3 heures deux gouttes de teinture de *syzygium*, mêlée à trois fois sa quantité d'alcool. Le 29 septembre, il n'y a plus de soif, plus de démangeaisons : les urines sont normales en quantité. Plus de sucre. Ses forces sont devenues excellentes, Je lui prescrivis de continuer encore *syzygium* une fois par jour afin de confirmer la gérison.

Ce dernier cas est d'autant plus à retenir que le malade ne suivit pas rigoureusement le régime diabétique auquel il fut soumis, et que le Dr Dudgeon lui permit même de prendre du sucre dès que les symptômes parurent s'amender. La guérison doit donc bien être attribuée au médicament.

J'ai eu moi-même tout dernièrement à donner mes soins à un diabétique. L..., religieux adonné à la prédication, âgé de 42 ans, se plaignait depuis quelque temps d'une grande faiblesse et de lassitude après le moindre exercice. A la suite d'une éruption de furoncles au bras droit, on lui suggéra de faire analyser ses urines. Elles contenaient 13 gr. de sucre par litre, 15 jours après 19 grammes. Le malade n'accusait pas de soif vive ; deux litres d'urine par 24 heures. Je lui ordonnai un régime très sévère composé presque exclusivement de viandes, et comme médicament *l'azotate d'urane*. Les urines ne furent examinées que 15 jours après. Déjà elles ne présentaient plus trace de sucre. Le médicament fut continué pendant 15 autres jours. Le sucre n'a pas apparu de nouveau. Les forces sont revenues en partie. Les urines émises sont moins abondantes. Le malade continue encore son régime plus fortifiant que celui auquel il était habitué. Il a pu reprendre ses travaux.

2° *Thlaspi bursa pastoris, contre les excès d'acide urique.*

(*A*) Un homme de 57 ans se plaignait de nombreux troubles dyspeptiques et d'émission abondante d'acide urique qui se présentait en grains de la grosseur d'une tête d'épingle. Je lui prescrivis *thlaspi* (1), et bientôt l'acide urique disparut complètement. Plusieurs fois l'acide urique reparut, et chaque fois *thlaspi* le fit disparaître très rapidement.

(*B*) Une femme de 80 ans se plaignait de douleurs néphrétiques situées dans l'uretère gauche et occasionnées par un calcul d'acide urique, ainsi que le témoignait le sable que renfermaient antérieurement les urines, qui étaient alors très épaisses. J'essayai sans résultat le *boro citrate de magnésie* et plusieurs autres médicaments. Je lui ordonnai alors le *thlaspi* (1) et elle fut aussitôt soulagée, en même temps que les urines laissaient un dépot briqueté très abondant. Il est vrai que le malade prit conjointement de grandes quantités d'eau distillée, mais comme elle en avait déjà

pris antérieurement et sans résultat, le succès de la cure peut être attribué au médicament seul.

Le Dr Dudgeon cite ensuite une observation d'ordre différent dans laquelle *thlaspi* fut très efficace, et due au docteur Harper. Il s'agissait d'une femme sujette à des hémorrhagies anales très rebelles, survenant après chaque évacuation. Tous les médicaments employés en pareil cas furent successivement mis en œuvre, mais sans résultat appréciable. En dernier lieu, *thlaspi* fut prescrit, et progressivement le sang diminua pour disparaître bientôt complètement.

3° *Cundurango dans le cancer.*

Mme B.., 69 ans, était en traitement depuis quelques mois déjà pour une affection du sein gauche qui allait toujours en s'aggravant. Son médecin habituel, d'accord avec un chirurgien appelé en consultation, lui avait déclaré qu'elle était atteinte d'un cancer dont il fallait l'opérer au plus vite sous peine de voir ses jours compromis. Toute la mamelle était très sensible au toucher, le mamelon complètement rétracté au point d'être presque invisible; à la partie externe de la glande existait une tumeur douloureuse de la grosseur d'un œuf. La peau était adhérente à son centre; elle était le siège de vifs élancements qui s'irradiaient dans tous les sens. Je la vis pour la première fois le 16 décembre 1886. De cette époque au 1er février 1888, la malade prit successivement *phytolacca* (1), hydrastis (1), puis (3 : 10), conium (1), silicea (3), sans résultat. Au centre de la dépression apparût un noyau rouge qui s'accrut progressivement jusqu'au volume d'une noix. Il était le siège de douleurs très vives, comme si l'on y eut enfoncé un canif. Il était en connexion manifeste avec le reste de la tumeur. Le pouls était faible et petit, la malade très déprimée. *Cundurango* (1) 2 gouttes 3 fois par jour.

Le 12 juin la tumeur est décidément moins volumineuse, la douleur et la sensibilité sont moindres, la petite grosseur est aussi diminuée et présente à son centre une dépression en forme de croix. *Cundurango* fut continué. Le 6 novembre la tumeur principale est bien moindre. Elle n'est ni sensible ni douloureuse;

la grosseur annexe a complètement disparu; à sa place existe une dépression semblable à une cicatrice. Même médicament. La malade fut revue en juillet 89. Il est très difficile de trouver une trace de la tumeur. Il n'existe aucune douleur dans la mamelle. En somme la malade est guérie.

Le Dr Dudgeon qualifie cette tumeur de cancer. A part l'engorgement ganglionnaire et la marche plutôt lente de la maladie l'affection présentait tous les signes d'une tumeur maligne. Sans vouloir affirmer le diagnostic anatomique, le cas est assez heureux pour nous engager à essayer le *cundurango* dans les affections semblables. Nous pouvons espérer faire éviter ainsi quelques opérations dont on est si prodigue aujourd'hui.

Dr J. SOURICE.

VARIÉTÉS

UN CONSEIL CRIMINEL

Quand les existences de la mère et de l'enfant sont menacées à courte échéance, la question du fœticide peut être discutée. Mais, conseiller, comme l'a fait M. William Duncan, de provoquer l'avortement chez les phthisiques, par cette seule raison, que la continuation de la grossesse aggrave l'état de la mère; c'est sortir du terrain scientifique pour entrer sur celui de la Cour d'assises. (*Obstétrical Society de Londres;* dans le *Bulletin médical* du 26 janvier 1890.)

Ajoutons que ce conseil repose sur une erreur pathologique. En effet, pendant la grossesse, la phthisie est le plus souvent améliorée, et, c'est seulement après l'accouchement, que la maladie fait des progrès.

Le même, M. William Duncan, a pratiqué l'avortement

chez une femme albuminurique, par cette seule raison que les oculistes avaient déclaré que la malade avait de grande chance de perdre la vue si la grossesse continuait.

Il est juste de dire qu'à la séance où M. William Duncan a fait cette étrange communication, il a trouvé des contradicteurs, mais, ce qui est triste, c'est qu'il a trouvé, aussi, des accoucheurs pour l'approuver.

Il faut que les doctrines matérialistes qui inspirent le mépris de la vie du fœtus, parce qu'elles le considèrent comme un animal, aient aveuglé, à un degré considérable, les accoucheurs anglais, pour qu'on puisse soutenir de telles opinions dans un pays où la paternité est en si grand honneur.

D[r] P. Jousset.

CORRESPONDANCE

Lettre au North American Journal of Homoeopathy, a propos du congrès

Dans son avant-dernier numéro, le North American Journal of Homœopathy a publié la petite note suivante, à propos de notre dernier congrès.

Le congrès homœopathique dit international, tenu à Paris au mois d'août dernier, n'a été qu'un désastre à cause de la manière dont il a été préparé et annoncé. Ce n'était pas un congrès homœopathique international, dans le vrai sens du mot : c'était, si l'on peut dire, une entreprise particulière, n'ayant reçu aucune reconnaissance officielle, ni l'approbation d'aucune société homœopathique importante ; ce n'était qu'un rassemblement sans mandat des

médecins homœopathes qui se trouvaient par hasard à Paris au moment de la réunion. Les programmes du congrès auraient pu faire croire qu'il était officiel et représentatif. De telles assemblées, s'attribuant les pouvoirs et les responsabilités qui n'appartiennent qu'à des corps réguliers et officiels, n'apportent aucun honneur à aucune école de médecine. L'école homœopathique a eu plus que sa part de ces entreprises privées qui se cachent sous le masque de corps véritablement constitués. Espérons que dorénavant la ligne de démarcation sera clairement tracée.

Voici la lettre que nous avons adressée en réponse au rédacteur en chef du *North American Journal of Homœopathy*.

Mon cher confrère,

Dans un passage malveillant de votre journal à propos du Congrès homœopathique international, tenu à Paris en août dernier, il est dit que ce congrès n'était qu'un rassemblement informe de quelques médecins, et qu'il n'avait reçu l'adhésion d'aucune société homœopathique importante. Je désire seulement rétablir la vérité. Le congrès s'est composé en majorité de médecins français dont je ne vous rappellerai pas les noms, mais je crois que parmi les étrangers, il y avait des médecins de talent qui font autorité en homœopathie : je crois que R. Hughes, de Brighton, Dudgeon, de Londres, Drysdale, de Liverpool, pour ne vous citer que des médecins anglais, sont des médecins assez importants pour que les travaux auxquels ils ont participé puissent apporter quelque honneur à l'école homœopathique. Il est vrai que l'Amérique n'a été représentée que

par un seul membre, quoique plusieurs fussent inscrits; mais le Dr Wright, de Buffalo, était au congrès le délégué de l'*Américan Institut of Homœopathy* que vous ne pouvez pas contester comme corps officiel important. Nous avons beaucoup regretté l'absence d'un plus grand nombre de confrères américains que nous avions invités, puisque nos circulaires avaient été adressées à toutes les sociétés homœopathiques des États-Unis, et à tous les journaux.

Bien cordialement à vous

Dr Marc Jousset

AVIS

Une situation de médecin homœopathe va devenir vacante à Amiens. Poste d'autant meilleur qu'il n'existe pas d'autre homœopathe dans un rayon de trente lieues. Ville de 80,000 habitants.

S'adresser au docteur de Créquy, 20, *rue de Bray*, à Amiens.

Le Directeur-Gérant. P. Jousset.

Paris. — Typ. A. Parent, A. Davy, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3

L'ART MÉDICAL

MAI 1890

HISTOIRE DE L'HOMŒOPATHIE.

Le Dr Pierre Dufresne.

L'homœopathie est arrivée, ce semble, à un moment où il peut lui être très utile de se rendre compte de ce qu'elle a fait, des idées qu'elle a été amenée à étudier. Le point où elle en est, la ligne de conduite qu'elle doit suivre maintenant sont en grande partie dominés, ou du moins peuvent être éclairés par un retour sur ce que notre école a déjà produit, surtout à ses débuts. Ce serait certainement commettre une grave irrévérence, et méconnaître la vérité des situations, que de traiter l'homœopathie comme une personne dont on inventorie les frustes après décès. Mais on ne saurait d'ailleurs méconnaître que l'homœopathie entre dans une phase nouvelle. L'idée de génie de Hunter reprise et fouillée avec tant d'ardeur par Hahnemann et ses disciples, s'est infiltrée peu à peu dans les esprits; autrefois méconnue et méprisée, il est peu de personnes clairvoyantes qui ne lui rendent hommage. Mais, ce n'est point tout, cette idée entraîne avec elle une étude toute nouvelle des médicaments, et on ne

saurait récuser le profond travail qui a changé et tend à transformer complètement la matière médicale. Non seulement les vues générales de la science sont changées, mais la matière scientifique elle-même est toute différente. Que de médicaments nouveaux et d'indications nouvelles qui nous ont été empruntés? Quels changements en résulteront pour la médecine ancienne et pour l'homœopathie elle-même, qui se trouve ainsi infiltrée par voie d'emprunt dans un courant dont elle tend à changer les procédés et les manières ? La question vaut la peine d'être entrevue.

Parmi les hommes qui ont joué un grand rôle autour de Hahnemann, soit pour propager, soit pour interpréter sa pensée, il en est peu qui aient laissé le souvenir de leur travail comme M. Dufresne, père de notre confrère, le fondateur avec le Dr Peschier de la *Bibliothèque de Genève*. Son fils nous rend un grand service en nous faisant connaître tous les points sur lesquels nos anciens étaient soucieux de mûrir et d'éclairer leur pensée. Les lecteurs de l'*Art médical* ne peuvent que trouver un grand intérêt à la lecture de ces pages dans lesquelles revit à notre esprit tout le travail de cette époque curieuse à laquelle Hahnemann apparaissait soulevant tant d'animosité chez les uns, tant d'enthousiasme chez les autres, tant de réserves chez le plus grand nombre. Plusieurs questions à peine entrevues sont encore dans l'obscurité des pénombres scientifiques, et d'autres, comme celles des virus que le pastorisme est en train de mener avec tant d'incompétence, se réprésentent encore comme elles pouvaient l'être.

Lorsqu'après 1830, Héring étudiait le venin du lachesis, et que peu après Dufresne s'occupait du virus charbonneux, le sens de leurs travaux était bien plus médi-

cal, plus scientifique et plus pratique que ce que nous donnent les expérimentations les plus récentes.

Nous ne voulons pas défraîchir ce curieux et intéressant travail, même en l'analysant; nous lui laissons toute sa fraîcheur et remercions notre confrère de nous l'avoir donné.

D[r] Frédault.

A l'extrémité du lac Léman qui finit à Genève, s'ouvrent les hautes vallées de la Savoye. Le voyageur qui s'y engage en suivant le cours de l'Arve, l'œil fixé sur les sommets alpestres, un des plus beaux spectacles qui soient au monde, ne tarde pas à distinguer un pic pyramidal partageant sur un premier plan le cirque d'aiguilles et de cimes neigeuses qui font cortège au mont Blanc. Cette montagne isolée, de haute allure, se nomme le Môle. A ses pieds, sur le versant septentrional, s'étale une petite plaine qui précède les gorges du Giffre.

C'est là que, le 16 avril 1786, dans un modeste village, naquit celui qui devait être le D[r] Pierre Dufresne, à Latour, petite commune de l'ancienne province du Faucigny, canton de Saint-Geoire, sur la route de Genève à Samoens.

Un vallon arrosé par le ruisseau du Thiez sépare au nord le territoire de Latour de celui de Viuz en Sallaz. Le clocher et les maisons du grand bourg de Viuz dominent le paysage.

Aucun souvenir historique de quelque valeur qui se rattache à Latour. Notons cependant pour les curieux d'archéologie, les ruines du château de Thiez situées à l'entrée du vallon. Ce sont les vestiges d'une résidence

féodale des anciens évêques de Genève ; une des innombrables destructions accomplies par les Bernois dans ces contrées pendant les guerres religieuses du XVI^e siècle.

Depuis longtemps fixés sur le sol de Latour, les Dufresne étaient des propriétaires cultivant leur patrimoine. Une tradition soigneusement transmise veut que cette famille soit originaire du pays de Vaud, ces terres situées au nord du lac de Genève qui firent partie du domaine des ducs de Savoye jusqu'en 1535. Exilés volontaires, les ancêtres des Dufresne actuels, suivant la fortune de leurs anciens maîtres, seraient venus avec beaucoup d'autres s'établir en Savoye au moment des dissensions politiques et religieuses suscitées par l'introduction violente de la Réforme dans le bassin du Léman.

Mon père était fils de Claude Dufresne, né à Latour en 1767. Mon grand-père qui vécut jusqu'à 86 ans, fort considéré dans son pays, fut pendant plus de trente ans maire de Latour : Pierre Dufresne était l'aîné d'une nombreuse famille peu fortunée. Dans la pensée qu'il entrerait dans l'état ecclésiastique, son père lui fit entreprendre quelques études. Projet difficile alors à réaliser. Mêlée au mouvement révolutionnaire français, la Savoye avait vu disparaître avec la liberté du culte, les modestes mais nombreux collèges où la jeunesse du pays recevait l'instruction.

Pour ses débuts, mon père fut confié aux soins de l'abbé Rey, prêtre fort distingué qui acquit plus tard une grande renommée comme prédicateur et termina sa carrière sur le siège épiscopal d'Annecy. M. Rey appartenait à ce groupe dévoué de prêtres savoyards qui ont répandu autour d'eux les bienfaits de l'enseignement, tout en exerçant le ministère.

Né à Bellevaux, village du mont Chablais, l'abbé Rey se réfugia chez ses parents pendant la tourmente révolutionnaire. Ne voulant pas subir la constitution civile du clergé, il fut contraint de se cacher. C'est dans cette retraite qu'il attendit les jours meilleurs que devait amener le Concordat; mais longtemps auparavant, dès que le gouvernement se fut relâché de ses rigueurs, M. Rey rétablit le culte public à Bellevaux où il ne tarda pas à ouvrir un petit collège. Pierre Dufresne y arriva avec les premiers élèves.

C'était une institution modeste que ce pensionnat de l'abbé Rey, les livres n'y abondaient pas. Le mobilier scolaire était bien imparfait. Cependant le nombre des élèves s'éleva souvent jusqu'à quarante. On y enseignait très sérieusement la grammaire et les éléments de l'éducation classique. Les écoliers devaient parler latin entre eux.

Encore bien que le prix de la pension ne fût certes pas élevé, vu la pénurie des temps, le petit collège parfois avait peine à subsister. Dans quelques moments de détresse, l'abbé Rey ne se faisait point scrupule de solliciter les aumônes des fidèles pour donner à ses jeunes gens la nourriture nécessaire. Quand les provisions baissaient, il en avisait les paroissiens à la messe du dimanche. Avec la plus parfaite simplicité il disait : Mes frères, les enfants n'ont rien à manger. A l'office du soir chacun, suivant ses moyens, de s'empresser d'apporter les provisions dont il pouvait disposer.

Après Bellevaux, mon père passa les années de physique et de philosophie au collège de La Roche. La vocation ecclésiastique ne se formulant pas, il revint au foyer pa-

ternel à Latour. Il y demeura trois ans, vaquant à l'administration des propriétés de la famille.

Longtemps contenue, une autre vocation, celle-là irrésistible, le portait vers la médecine. Pierre Dufresne se trouvait à l'étroit au milieu de ses frères et sœurs. Il avait rêvé d'un autre avenir et d'un plus vaste horizon. Il faut dire qu'il trouva près de lui, en la personne d'un frère de son père, un exemple qui contribua fort à le lancer et à l'entretenir dans ses idées d'émancipation.

Cet oncle s'appelait aussi Pierre, mon père était son filleul. Constatez cette remarquable conformité entre la carrière de l'oncle et celle de son neveu. Tous deux annoncèrent la même vocation pour la médecine et l'histoire naturelle, avec cet attrait particulier pour la botanique qu'ils devaient, dans les deux branches de la famille, transmettre à leurs descendants. Mêmes obstacles à vaincre ; même refus de consentement de la part des parents. C'étaient les premières apparitions dans les carrières libérales d'une famille jusque-là traditionnellement vouée à la culture du domaine paternel, au service militaire et à l'état ecclésiastique. Les hésitations se comprennent, car ces projets introduisaient tout un courant d'idées nouvelles dans un milieu jusqu'alors paisible, qu'elles ne troublaient pas seulement par des questions d'économie domestique.

L'effort à accomplir pour sortir de l'ornière sociale et intellectuelle docilement suivie par ses ancêtres, était considérable. A ces aspirations des jeunes gens, les plus légitimes et les plus sensées, se mêlaient alors des visées d'innovations politiques et doctrinales bien propres à troubler des familles religieusement dévouées à la maison de Savoye. Ne l'avaient-elles pas toujours fidèlement servie? Ne lui avaient-elles pas loyalement payé le tribut du ser-

vice militaire. On comprend que les délibérations furent orageuses et les résistances obstinées.

L'oncle Pierre avait triomphé de cette opposition.

Aussi quand, vingt ans après, mon père se heurta devant les mêmes obstacles, l'exemple de son oncle lui fut d'un grand appui pour l'affermir dans ses résolutions.

II

En octobre 1807, à l'âge de 21 ans, mon père obtint la permission sollicitée depuis trois ans, il partit pour Montpellier. L'enseignement de cette célèbre faculté était alors en grande faveur. Mon père y passa quatre ans, quatre années d'études laborieusement et fructueusement employées. Un tel désir d'arriver stimulant des facultés naturelles et évidentes, attira l'attention des professeurs de l'école. Mon père fut rapidement distingué: tout d'abord par Augustin Pyramus de Candolle qui occupait la chaire de botanique; cet illustre maître l'associa à ses travaux, si bien qu'il l'emmena à titre d'assistant pendant quelques voyages dans les Alpes du Dauphiné et de la Provence. Ces excursions étaient entreprises par l'ordre du Gouvernement. De Candolle avait accepté la mission de rassembler les spécimens de l'herbier destiné à servir de types pour les descriptions de la flore française. C'était la première fois qu'un travail botanique de cette importance était écrit en langue vulgaire.

La botanique cependant n'occupait que les loisirs de l'étudiant, la médecine demeurait sa maîtresse affaire. Nous le voyons en effet tenir la place de chef de clinique à l'hôpital de la Faculté. Cette position obtenue par le concours, à Montpellier comme ailleurs, plaçait les élèves

qui y parviennent au premier rang pour mettre à profit les matériaux d'étude. C'est dire quelle somme d'expérience personnelle peut y acquérir un esprit ouvert et avide de savoir, sans oublier les avantages qui résultent des rapports immédiats du chef de clinique avec les professeurs.

Inutile d'insister sur ces privilèges de position. Pour mon père, ils furent aussi complets que possible. Si par son aptitude au travail, sa curiosité scientifique incessante, son assiduité en toute occasion, il avait mérité l'intérêt bienveillant de de Candolle, ses autres maîtres ne lui accordèrent pas moins d'estime.

Dufresne n'avait pas tardé à se répandre dans la société de Montpellier. Il y forma des relations, le plus intime de ses amis était Félix Dunal, fils d'un banquier, qui l'introduisit dans le monde de cette ville lettrée.

Ce fut encore la botanique qui détermina cette liaison avec Dunal. Les deux étudiants se rencontrèrent aux cours et aux herborisations de de Candolle. Les rapports d'amitié ne devaient finir qu'avec la vie, bien au-delà des années d'études.

Félix Dunal était un des élèves favoris du botaniste genevois, il lui succéda dans la chaire de botanique à la faculté des sciences de Montpellier, et il devint son collaborateur pour l'immense travail du Prodromus. Cette dernière circonstance attirait souvent Dunal à Genève ; c'était une des joies de mon père de donner l'hospitalité à son vieil ami. Dunal avait la chaleur cordiale et la vivacité d'un homme du Midi, un cœur d'or qui a bien voulu reporter sur le fils de son condisciple les trésors d'affection généreuse et expansive qui débordaient en lui.

III

Mon père reçut les enseignements de Montpellier avec la reconnaissance émue d'un vrai disciple, il en porta témoignage toute sa vie.

Quel était donc vers 1807, le milieu médical? Quelles étaient les doctrines de cette faculté de Montpellier qui devaient laisser une si forte empreinte sur P. Dufresne en développant en lui les qualités maîtresses du véritable médecin?

A toutes les époques de sa durée l'antique université de Montpellier tint à honneur d'être une école de traditions, très philosophique, très dogmatique dans son enseignement, très littéraire aussi : elle se rattache avec insistance à Hippocrate. Ses maîtres ont bien le ferme propos de transmettre à leurs élèves, l'esprit doctrinal et le génie propre du plus illustre des médecins de l'antiquité. Le premier, en effet, Hippocrate avait constitué l'art médical à l'état d'une science dogmatique, fixé les limites de son domaine, inauguré sa tradition écrite. Hippocrate philosophe est platonicien par sa physiologie. L'homme, dit-il, objet d'une intelligence suprême, est composé d'un corps et d'un principe intelligent.

Point capital important : le premier Hippocrate a défini les *maladies*, le premier il a eu le sens vrai de ces états accidentels et transitoires particuliers à l'homme ; le premier il les a désignées par des noms. D'après Hippocrate, la maladie est un mode particulier, un état *sui generis* : elle n'est pas une simple variation par degrés en plus ou en moins de l'état physiologique.

Olim. cous nunc Monspeliensis Hippocrates, telle est au-

jourd'hui encore la devise épigraphique de Montpellier. Elle atteste de la ferveur qui l'attache à la tradition grecque. D'autre part, ses maîtres n'avaient garde d'oublier les contacts du Montpellier des anciens jours avec la science arabe du moyen âge.

Aux solennités universitaires, les professeurs rappelaient avec reconnaissance dans les discours d'apparat, les privilèges dès le XI^e siècle octroyés par les papes à leur école. Ils ne mettaient pas moins de complaisance à proclamer que leur université eut la révélation d'Hippocrate et des médecins de l'antiquité par les commentaires d'Avicenne et d'Averrhoës, longtemps avant que les humanistes de la Renaissance eussent apporté, avec ceux d'Aristote et de Platon, leurs textes authentiques aux lettrés d'Occident.

Des savants arabes et juifs avaient transmis à Salerne les livres des anciens. Le même enseignement les produisit à Grenade, à Cordoue; l'on sait avec quel éclat. D'étape en étape, il parvient à Montpellier, la dernière station de cette civilisation orientale. N'en méconnaissons pas les services encore bien qu'ils n'aient été que passagers.

Curieux sujet d'étude : étrange point de départ que celui de cette école néoplatonicienne d'Alexandrie. Elle initie aux lettres, à la philosophie, à la médecine des Grecs et des Romains ce milieu singulièrement confus, souvent très corrompu, composé de mahométans, de juifs, de chrétiens dissimulés, que les érudits ont appelé les écoles arabes. Ces réminiscences lointaines, ces échos des califes et des savants orientaux périodiquement évoqués dans les chaires de Montpellier, frappaient les imaginations des élèves et les captivaient singulièrement. La mémoire de mon père était remplie de ces souvenirs.

IV

Les quatre années d'étude de mon père vont de 1807 à 1811. La Faculté de Montpellier était alors engagée dans le mouvement scientifique inspiré par la doctrine du duodynamisme. Barthez qui l'avait formulée venait de mourir (1806). L'illustre maître laissait après lui de fervents disciples qui s'employaient avec grand zèle à propager et surtout à commenter son œuvre, c'étaient Baumes, Grimaud, Dumas, Bérard, Prunelle. Plus tard vinrent Lordat, Broussonet, les deux Baumes, d'autres encore. La plupart de ces médecins étaient professeurs à Montpellier ou y publiaient leurs écrits.

Le duodynamisme est exposé par Barthez dans les *Nouveaux Eléments de la science de l'homme*, le plus important de ses ouvrages et le plus dogmatique ; c'est une doctrine vitaliste, par tradition, de tendance très spiritualiste. Phénomène digne de remarque que de la voir éclore en plein XVIII^e^ siècle en présence de Condillac de l'Encyclopédie, d'Helvétius et de Cabanis.

Nous ne voudrions pas dire que Barthez soit le plus grand médecin qu'ait produit l'école de Montpellier. Sauvage, Bordeu sont des maîtres bien illustres ; mais le nom de Barthez tout d'abord se présente à l'esprit alors que l'on veut désigner par une individualité éclatante, cet ensemble de doctrines philosophiques, physiologiques et médicales qui a mérité de prendre dans la première moitié de ce siècle, le nom d'École de Montpellier.

Une doctrine médicale qui veut connaître et interpréter l'homme vivant, sain et malade, prend l'engagement de répondre à deux questions. La première est une opinion

touchant la nature de l'homme ; la seconde une idée systématique sur la nature de la maladie.

Barthez qui se rattache immédiatement à Sauvage, continue dans Montpellier l'influence spiritualiste de Van Helmont et de Stahl. Il succède à cette série de grands médecins auxquels il répugnait de ne pas reconnaître une âme dans l'homme : ceux-là ne consentaient pas davantage à abandonner le mot d'ordre constant du vitalisme *l'impétium faciens* d'Hippocrate fidèlement transmis par la tradition avec la notion mal définie encore, mais persistante de l'essentialité des maladies.

Dans le système que l'on a appelé son duodynamisme, Barthez enseigne qu'il y a un principe de vie, inconnaissable dans sa nature, d'où dépendent les phénomènes de la vitalité et que ce principe est distinct de l'âme. J'appelle, dit-il, principe vital chez l'homme, la cause qui produit tous les phénomènes de la vie dans le corps humain.

Barthez se défend avec insistance de vouloir pénétrer l'essence des choses pour ne paraître s'occuper que des liaisons et des rapports des phénomènes, il exprimait la somme de ces rapports dans l'économie animale par le terme *principe vital*. Barthez dit encore : « Pour moi, le principe vital n'est qu'une hypothèse nécessaire pour abréger le calcul analytique des phénomènes. Elle remplit dans leur exposition la fonction des inconnues chez les mathématiciens. »

En définitive avec ces atténuations, la théorie du principe vital de Barthez devenait une négation de l'âme de de Stahl et de Bordeu : nature prévoyante et médicatrice. Elle s'éloignait bien plus encore de la théorie aristotelicienne et scholastique : l'âme est la *forme du corps*.

La méthode de Barthez reposait sur une subtilité, tout

en répétant que le principe vital n'était qu'une abstraction de l'esprit, une force inconnue ; il parlait sans cesse des affections de ce principe, comme de celles d'un être distinct de l'âme autant que de la matière: Pour qui veut suivre Barthez un certain temps, il y a, nous le répétons, dans cette attitude, une subtilité fatiguante. Barthez est visiblement intimidé. Plus qu'il n'ose le reconnaître, il subit l'influence de la philosophie sensualiste de son temps. Il y a des analogies entre ce système et le *déterminisme* deClaude Bernard,c'est la même attitude de l'esprit; chez ces deux hommes distingués, on sent quelque chose de contenu qui voudrait se dissimuler.

Cependant telle est la prépondérance du milieu de Montpellier et de son impulsion traditionnelle que Barthez et ses successeurs demeurent, en dépit de ces influences, des vitalistes résolus; malgré tout, ils persistent dans une résistance éclatante contre les systèmes d'explications chimiques et iatro-mécaniques qui n'avaient que trop prévalu chez les médecins depuis Descartes.

Le mouvement scientifique qui nous entraîne aujourd'hui n'est plus celui de Barthez et de ses ingénieux commentateurs: il en diffère même singulièrement. Instruits par cent ans de conflits avec le matérialisme et son successeur le positivisme, nous avons dû qualifier de concessions sans portée envers des doctrines condamnables la position effacée adoptée par Barthez.Seule la crainte d'être taxé de retour vers les errements scholastiques lui a suggéré cet effort pour opérer le divorce entre l'animisme de Stahl et son vitalisme à lui. Il en demeure quelque peu amoindri.

Tout ce courant d'influences dont les fluctuations sont si intéressantes à étudier, remonte à la rupture de la phi-

losophie avec le thomisme, déjà regrettée par Descartes lui-même et peut-être plus encore par Leibnitz. Nos maîtres de Montpellier ne craignaient rien tant que de paraître y revenir. Cette prudence très humaine n'a pas assuré leur existence.

Ce scepticisme plus politique que sincère était pour se dispenser de s'expliquer touchant certaines difficultés : c'était une manière d'établir un mode de vivre pacifique avec des adversaires plus disposés à nier toute espèce d'âme qu'à en admettre deux. Aujourd'hui les camps sont bien distincts : l'on est pour l'hypothèse d'une nature substantielle, vivante, active ; en un mot pour la définition thomiste *l'âme est la forme du corps* ou bien l'on se retranche dans les négations résolues du positivisme.

Dans tous les temps, ce fut un privilège de la médecine d'être ainsi mêlée aux courants mobiles des systèmes philosophiques et d'en réfléchir les destinées changeantes. Ce rapide exposé des opinions de Montpellier sur la nature de l'homme met en évidence cette solidarité, d'ailleurs toute à l'honneur de notre science, car pas une doctrine de quelque valeur qui n'ait tenté l'entreprise de la prendre pour son organe et de l'accaparer comme but d'expérience. En pouvait-il être autrement. Quel sujet d'intérêt plus universel, plus actuel toujours que celui de la connaissance de l'homme à l'état de santé et à l'état de maladie.

S'il importe de connaître le sentiment du médecin sur la nature de l'homme, il ne l'est pas moins de pressentir celui qu'il professe touchant la nature des maladies.

V

La nature des maladies. Il semble que sur ce sujet tout devrait être dit et les controverses finies. Ne vivons-nous pas au milieu des maladies, ne sommes-nous pas sans cesse les témoins des désordres matériels qu'elles engendrent, sans parler des conséquences morales. Dans toutes les langues les maladies sont décrites ; partout elles portent un nom.

Cependant pas de sujet sur lequel la chimère des systèmes se soit plus abondamment exercée.

Toutefois si l'on veut réfléchir il était difficile qu'il n'en fut pas ainsi.

Les maladies dans leur essence ne sont pas quelque chose de matériel, de saisissable, ce sont des événements transitoires qui viennent troubler passagèrement la santé. Etats fixes cependant, puisque vous les voyez constamment se reproduire, avec les mêmes apparences, avec les mêmes signes, les mêmes évolutions régulières, si bien que par certains côtés on a pu les comparer aux espèces végétales et animales avec cette différence que les animaux et les plantes sont des êtres qui ont une existence propre, indépendante, tandis que les maladies ne sont que des êtres de raison et pas des êtres réels.

L'œuvre des médecins de tous les temps a été de maintenir intacte cette notion des espèces morbides à travers les conflits des systèmes inventés pour en expliquer la nature.

Les professeurs de Montpellier, si déférents envers la tradition hippocratique, devaient l'accueillir respectueusement; mais il faut reconnaître, qu'ils usèrent aussi

largement de l'esprit de système en la subordonnant à la théorie des éléments. Cette décomposition des maladies ou plutôt du sujet malade, en éléments inflammatoire, fébrile, bilieux, nerveux, etc., est une vue analytique plus ingénieuse que profonde. Chez Barthez et ses disciples Grimaud et Dumas, elle est poussée jusqu'à la subtilité. Après tout, cette théorie n'est qu'un pur artifice d'enseignement. Aujourd'hui cet expédient ne nous dit pas grand' chose. Il a cependant servi d'instrument clinique à de nombreuses générations de médecins. Le sens médical, toujours supérieur aux visées hypothétiques des systèmes, l'a parfois habilement employé à la détermination des indications thérapeutiques. De combien de vues, — sur les constitutions médicales, *les épidémies*, le rôle des saisons, les idiosyncrasies, les influences climatériques, — ne sommes-nous pas redevables à cette théorie des éléments? Les médecins de Montpellier ont excellé dans ce genre de considérations qui, chez eux, tournent trop souvent à la dissertation littéraire sans donner au lecteur des résultats assez précis.

Je constate dans les écrits de mon père de fréquents rappels à cette théorie hippocratique des éléments qui lui avait été inculquée au lit des malades : il s'en sert pour atteindre des résultats séméiotiques; concluant indirectement par cette méthode à l'institution des formes dans les maladies, cette difficulté de la nosographie à laquelle se heurtèrent nos plus grands institutaires.

Ne voulant point aborder ici incidemment cette question des formes, il nous suffira de dire que la théorie des éléments, ce vestige du galénisme expirant, n'en donne qu'une notion fort imparfaite.

Dans la pratique quotidienne P. Dufresne appliquait la

méthode des éléments à l'individualisation de chaque cas particulier. Les médecins de Montpellier ont attribué beaucoup de leur succès à ce procédé d'analyse. Ils y demeurent attachés. Nous verrons plus tard mon père, opérer un retour marqué vers cette manière de considérer le tableau symptomatique individuel de chaque malade, quand après s'être initié à la méthode thérapeutique d'Hahnemann, il se détermina à en faire l'application pratique.

VI

A la fin de sa quatrième année d'études, P. Dufresne présenta sa thèse pour obtenir le grade de docteur. Elle a laissé quelques traces dans la science. En voici le titre : *Histoire naturelle et médicale de la famille des Valérianées présentée et soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier, le* 14 *juin* 1811, *par Pierre Dufresne, secrétaire de la Société d'Histoire naturelle de Montpellier, chef de clinique médicale, chef de clinique pour les maladies chroniques à l'hôpital Saint-Eloy* avec cette épigraphe : *Monographia curiosorum institutioni laudandum* Linné.

La thèse est dédiée à Augustin Pyramus de Candolle.

Cette monographie est un des premiers essais d'application de la méthode naturelle pour la classification des végétaux d'après le plan du savant botaniste Genevois.

La famille des valérianées est décrite avec soin et dans le plus grand détail, son histoire botanique alors n'était pas ancienne. Elle datait des Jussieu qui distinguèrent ce groupe de plantes en le considérant comme une section des *dipsacées*. A. P. de Candolle, dans la *Flore française* et dans son *Essai sur les propriétés médicales des plantes*, pro-

posa de constituer les valérianées en famille proprement dite. Cette opinion fut dès lors adoptée par les botanistes, notamment par A. L. de Jussieu qui ajoute un cinquième genre pour les espèces de Sibérie aux quatre adoptés par de Candolle. Persoons en avait fait un sixième avec des valérianées venues d'Amérique. P. Dufresne établit le septième genre *astrephia* sur des exemplaires recueillis au Pérou.

Ce genre *astrephia*, contesté par quelques naturalistes a été conservé par de Candolle dans le mémoire qu'il écrivit en 1832 sur la famille des valérianées.

Dans le cours de l'immense travail du Prodromus quand de Candolle se trouvait en présence d'une famille qui exigeait des remaniements et des discussions à propos de matériaux nouveaux : il avait pris la coutume de réunir dans un mémoire publié à part, les résultats de son travail de recensement. La petite famille des valérianées fut jugée assez importante pour mériter cette marque d'attention.

En 1832, date de ce mémoire, on comptait 123 espèces de valérianées. De Candolle ajouta quatre genres à ceux qui avaient été décrits vingt ans auparavant par P. Dufresne. Après avoir rappelé avec éloge la monographie de son ancien élève, il lui dédia, sous le nom de *Dufresnia* un de ces genres nouveaux. L'espèce qui a servi de type a été recueillie pas les voyageurs Olivier et Bruguière entre Mossoul et Bagdad.

Un chapitre de cette thèse est consacré à l'histoire médicale des valérianées, c'est un résumé de ce que les traités de matière médicale renfermaient alors, touchant l'emploi des valérianées, depuis l'antiquité jusqu'à nos jours. Ce petit coin d'histoire n'est pas sans intérêt.

Remarquées à cause de leur odeur, plusieurs valérianées furent de bonne heure employées comme médicaments. Unies à d'autres plantes aromatiques, elles entraient dans la composition de certains parfums. La célèbre mixture en usage chez les Hébreux sous le nom de nard en contenait vraisemblablement.

Le chimiste Jacquin a extrait le nard celtique de la *valeriana celtica*. La *valeriana phu* des anciens et la *valeriana officinalis* de nos régions tempérées constituent la base du nard sauvage. C'est de ces plantes que l'on tire la teinture et l'extrait de valériane des pharmacies d'aujourd'hui, si fort en usage dans les affections hystériques et convulsives.

De là à l'application de la valériane au traitement de l'épilepsie, il n'y avait qu'un pas. Ce n'est pas ici le lieu pour parler des déconvenues et des illusions des médecins à propos de cette triste maladie, il suffit de dire que la valériane y a sa part.

Mon père s'éloigna de Montpellier avec regret, cette ville lui avait été cordialement hospitalière. La carrière de l'étudiant s'y était écoulée si heureuse. Il la révérait comme la patrie de son intelligence, aussi quel souvenir il en conserva toujours. Avec quelle reconnaissance il aimait de s'en entretenir, c'est là qu'il fut initié au mouvement des sciences. C'est là que son esprit acquit cette faculté d'expansion, cette curiosité pour les idées en discussion qui décident des destinées d'un jeune homme.

P. Dufresne ressentit au plus haut degré cette impression douloureuse qui s'empare d'un si grand nombre d'étudiants au moment de la rupture avec la vie universitaire. La lutte pour l'existence lui apparut alors sensible avec ses sécheresses et ses combats mêlés de dégoûts.

Dans les perspectives tout devenait pour lui matière à délibération et motif d'incertitude : à commencer par le choix du lieu où il fixerait sa résidence.

(*A suivre.*) Dr Edouard Dufresne (de Genève).

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

SIXIÈME LEÇON.

Sommaire. — Trois obstacles à la diffusion de l'homœopathie; ces obstacles tiennent à vos préjugés. — Culte suranné des évacuants. — Séduction de la médication palliative. — Ensorcellement de la thérapeutique étiologique. — Les microbes soumis à la prédisposition définie. — La thérapeutique étiologique devrait s'adresser à la prédisposition définie. — L'hygiène et les vaccinations peuvent seules atteindre la prédisposition définie, ce ne sont pas des médicaments. — Le médicament peut-il quelque chose contre le microbe? Oui, mais seulement comme médication préventive. — Antisepsie chirurgicale et médicale. — Les perfectionnements apportés à l'homœopathie sont la conséquence des principes posés par Hahnemann. — Les homœopathes ne deviennent pas allopathes; pas plus que les allopathes, homœopathes.

Nous vous disions, en commençant cet enseignement, que le plus grand obstacle de la diffusion de l'homœopathie venait des doses infinitésimales et des globules. Nous avons essayé dans les précédentes leçons, de répondre à cet objection, en vous montrant que la question des doses était secondaire dans l'homœopathie, et que, d'ailleurs, cette question était entendue bien plus largement qu'autrefois.

Il reste encore trois grands obstacles à la diffusion de l'homœopathie, et ces obstacles ne tiennent point à la réforme de Hahnemann, ils dépendent de vous ; ils sont nés de vos préjugés et d'habitudes thérapeutiques enracinées dans vos esprits par toute la tradition. Ces obstacles sont : le culte suranné de la médication évacuante, les séductions de la médecine palliative, et l'ensorcellement de la thérapeutiqne étiologique.

Le culte suranné des évacuants a survécu au progrès de la physiologie, il a su s'accommoder à la plupart des systèmes qui se sont succédé en thérapeutique, et si quelques-uns, comme l'*irritation* de Broussais, sont parvenus à le supprimer, cette suppression n'a eu qu'un temps, et la méthode évacuante est revenue plus forte que jamais, aussitôt la ruine de ces systèmes.

Sans doute, il n'est pas un étudiant de seconde année, qui ne sache que la bile et le suc gastrique sont des liquides physiologiques ; il n'est point un médecin instruit qui ignore que les enduits de la langue tiennent à l'inflammation et à la desquamation de la muqueuse linguale, que l'état saburral des premières voies n'a aucun sens scientifique et, cependant, vous trouverez difficilement un praticien qui se dispense de faire vomir et de purger un malade qui a la langue sale.

Je n'exagère rien, et nous avons pu voir la méthode évacuante appliquée généralement dans le traitement de la grippe, au grand détriment des malades dont cette médication diminuait encore les forces.

Ajoutons que cette méthode est aussi chère aux malades qu'aux médecins. Presque tous demandent une purgation ou un vomitif ; ils sont persuadés que la sensation de plénitude nauséeuse qu'on observe dans toutes les

maladies fébriles, tient à des amas de bile ou d'autres humeurs moins définies; tous sentent le besoin d'être débarrassés, et réclament le secours de la méthode évacuante.

Ce sont là les raisons qui maintiennent le règne d'une médication qui n'a aucune base scientifique et qui n'a jamais eu d'autre résultat que de satisfaire la routine des médecins, et le préjugé des malades.

Le deuxième obstacle à l'extension de l'homœopathie est ce que j'appelle les *séductions de la médication palliative*. Il est si facile, avec les méthodes nouvelles, de supprimer la douleur dans la plupart des maladies. Les malades sont si heureux et reconnaissants d'un soulagement aussi prompt qu'inespéré, que beaucoup de médecins ne savent pas résister à la tentation d'administrer la morphine ou l'antipyrine, sans réfléchir que ces médicaments puissants constituent un obstacle considérable à l'action des médicaments véritablement curatifs.

De son côté, le malade trouve bon de ne pas souffrir; il se cramponne à la médication palliative; il refuse obstinément d'abandonner l'usage des injections de morphine qui calment sa douleur ou sa dyspnée, il veut continuer les hypnotiques qui le font dormir et les purgatifs qui empêchent sa constipation. Un malade ainsi pris dans l'engrenage des médications palliatives devient fatalement incurable; il est impossible de le traiter, bien heureux encore, s'il ne voit pas se développer les inconvénients propres à l'usage continu de la morphine.

Le troisième obstacle je l'appellerais volontiers, l'*ensorcellement de la thérapeutique étiologique*, c'est à-dire celle qui s'attaque à la cause même de la maladie pour la détruire.

Sublata causa tollitur effectus.

Vision toujours poursuivie et jamais atteinte ; l'histoire de la thérapeutique étiologique est celle des systèmes qui se sont succédé en médecine.

Aujourd'hui, nous en sommes aux microbes et à l'antisepsie, et croyez-vous que la conviction profonde avec laquelle les médecins les plus autorisés affirment l'efficacité de l'antisepsie médicale, soit une preuve de la vérité de ce système et surtout de sa durée. Pour croire cela, il faudrait avoir oublié le fanatisme de Broussais et de son école. Eux aussi étaient en possession de la vérité thérapeutique, et quand Broussais, suivi de ses adeptes, passait devant la Faculté et brandissait sa canne, menaçant l'Ecole d'un assaut qui peu de temps après devait réussir si complètement, c'était un autre homme que le vénérable Pasteur. N'avons-nous pas entendu Lisfranc enseigner que dans la péritonite il fallait appliquer non pas 99 sangsues, mais 100? Est-ce que Bouillaud n'était pas persuadé qu'il jugulait toutes les maladies avec les saignées coup sur coup ; et aujourd'hui, quel est le médecin qui fasse ces saignées et qui pose des sangsues?

La méthode antiphlogistique est morte après avoir jeté un éclat comparable à celui de l'antisepsie médicale, de même, cette antisepsie médicale disparaîtra un jour, et les érudits seuls se rappelleront de son existence.

Revenons encore sur la thérapeutique étiologique.

Pour bien comprendre le faible et le fort de cette thérapeutique, il faut connaître la nature, la cause prochaine de la maladie. Cette question, qui a été étudiée et discutée par toutes les écoles, est la clef de voûte de l'étiologie, et

la condition nécessaire pour apprécier sainement la thérapeutique étiologique. C'est à l'aide de la méthode expérimentale, c'est en étudiant les faits pathologiques que nous nous proposons de démontrer que la vraie cause des maladies n'est pas dans le monde extérieur, comme l'enseigne l'école microbienne, mais dans l'organisme vivant lui-même, et que les microbes ne sont que les *instruments* souvent nécessaires au développement de la maladie, mais que, en dehors de la disposition organique, qui les accepte ou les rejette, ils ne sont rien.

Donc c'est l'organisme vivant qui fait lui-même sa maladie, et qui la fait d'une manière définie, en sorte que chaque organisme a la puissance de créer en lui un nombre déterminé de formes morbides; c'est pourquoi il y a des êtres vivants absolument rebelles même à des maladies transmissibles par inoculation comme la variole et la vaccine; que pendant la durée d'une épidémie toujours un certain nombre échappe à la cause morbide, et que, devant la contagion, les uns ont des formes légères, les autres des formes graves et quelques-uns restent complètement indemnes; qu'ainsi la prédisposition définie est la vraie cause des maladies, et que les agents extérieurs, y compris les microbes, ne sont que les instruments de cette cause supérieure.

La conséquence directe de ce grand fait étiologique est que la thérapeutique qui s'attaque à la cause, doit s'adresser à la prédisposition elle-même c'est-à-dire modifier l'organisme vivant tout entier.

Deux ordres d'agents ont la puissance de modifier l'organisme vivant; les agents hygiéniques et les vaccinations. Or, aucun de ces agents ne fait partie de la matière

médicale, aucun ne peut être appelé : la thérapeutique étiologique.

Les éléments, les aliments, les pratiques d'hydrothérapie et de gymnastique modifient, dans une certaine limite, les organismes prédisposés à la scrofule ou à la goutte. Les vaccinations modifient la constitution de telle sorte qu'un organisme qui était prédisposé à la variole devient indemne, et résiste même à l'inoculation. Malheureusement, la vaccination n'est guère applicable d'une manière certaine qu'à la variole, et d'ailleurs, le vaccin n'est point un médicament ; donc, la thérapeutique étiologique n'est applicable qu'à la cause vraie de la maladie, à la prédisposition définie.

Mais, la thérapeutique étiologique est elle au moins applicable à la cause instrumentale ; au microbe?

Oui, et non.

La thérapeutique étiologique est-elle au moins applicable en chirurgie comme méthode préventive ? Au moment d'opérer ou de pratiquer un accouchement, le chirurgien peut, par application de la méthode antiseptique, empêcher le développement des maladies, qui autrefois enlevaient un si grand nombre d'opérés et de femmes en couches. La thérapeutique étiologique est donc, dans ce cas, toute-puissante.

Mais, quand le processus morbide est commencé, que la maladie évolue ; l'antisepsie ne peut plus rien ; la thérapeutique étiologique n'est plus applicable.

Dans les maladies internes, nous ne pouvons intervenir que quand la maladie est commencée ; aussi l'antisepsie ne produit-elle aucun résultat, et, dans une de ces dernières leçons cliniques sur la pneumonie grippale,

M. Huchard avouait que nous ne pouvions rien contre le pneumocoque.

Contre la maladie développée, la thérapeutique étiologique est donc impuissante, et je voudrais détourner vos esprits de cette illusion qui a égaré toute la tradition médicale, pour vous convaincre que la thérapeutique qui repose sur la connaissance expérimentale du médicament et sur la loi de similitude est seule applicable.

Messieurs, nous avons terminé l'exposition des questions générales et dans nos prochaines leçons nous aborderons la thérapeutique d'un certain nombre de maladies.

En résumé, nous avons montré les perfectionnements incessants de la thérapeutique homœopathique.

Ces perfectionnements ont trait principalement au choix de la dose, au rapport de l'homœopathie et des autres médications, à l'étude des effets opposés produits par un même médicament.

Cette dernière partie de nos études nous a conduit à reconnaître deux lois qui éclairent singulièrement la matière médicale. C'est d'abord, que les effets thérapeutiques et pharmaco-dynamiques sont absolument opposés ; c'est ensuite, que la plupart des médicaments ont deux actions contraires, suivant qu'on les emploie à petites ou à fortes doses.

Ces actions opposées des médicaments suivant les doses nous a donné l'explication des cas dans lesquels les doses faibles étaient réellement homœopathiques.

Nous appuyant sur une expérience clinique, aujourd'hui considérable, nous avons enseigné qu'il ne fallait pas s'attacher systématiquement aux doses toujours infinitésimales ou toujours fortes, que les médicaments devaient être prescrits *à toutes doses*, non pas arbitrairement, mais

suivant des règles que nous allons essayer de formuler.

Rattachant la thérapeutique homœopathique à la thérapeutique traditionnelle, nous avons conservé chacune à leur place hiérarchique, les médications palliatives et adjuvantes.

Nous ne faisons aucune difficulté de l'avouer ; ces perfectionnements incessants ont singulièrement changé l'aspect de l'homœopathie et quelques médecins ne manqueront pas de dire, que nous compromettons la réforme de Hahnemann.

Nous repoussons absolument cette accusation.

Nous n'avons provoqué ou accepté une modification aux enseignements du maître qu'autant que cette modification a été justifiée par l'expérimentation et par l'observation. Et pouvions-nous faire autrement, nous qui avons la prétention d'être des élèves fidèles de Hahnemann? Pouvions-nous oublier que la matière médicale pure, la loi des semblables et les doses infinitésimales sont des produits directs de la méthode expérimentale?

Pouvions-nous nous dessaisir de l'instrument qui a servi à constituer l'homœopathie ; et étions-nous libres de dire à la méthode expérimentale : *Tu n'iras pas plus loin*?

Nous n'avons donc rien compromis; nous sommes persuadés au contraire, que les médecins qui marchent dans notre voie ont sauvé l'homœopathie en la faisant progresser, car, aujourd'hui, dans les sciences expérimentales s'arrêter, c'est mourir. Et nous ajouterons qu'ils ont été réellement fidèles à Hahnemann puisqu'ils ont marché dans la voie des réformes si magistralement ouverte par ce grand homme.

Quant à nos adversaires qui prétendent que nous

sommes devenus allopathes, nous leur répondrons qu'ils jugent mal les choses, parce qu'ils vivent toujours dans les ténèbres de la thérapeutique étiologique ; ils ne comprennent pas, et ne peuvent comprendre ces questions-là ; et la preuve, c'est que vivant à côté de notre thérapeutique, témoins involontaires et peu sympathiques des succès que nous obtenons avec certains médicaments, ils se sont emparés, plus ou moins honnêtement, de ces mêmes médicaments sans pouvoir jamais les utiliser ; ils sont incapables de se servir d'une arme dont ils ne comprennent pas le maniement. Dr P. JOUSSET.

MEMENTO THERAPEUTIQUE

TRAITEMENT DE LA TYMPANITE.

La tympanite est toujours une affection symptomatique ; on distingue une tympanite péritonéale et une tympanite intestinale. La première extrêmement rare est habituellement due à une perforation ; la seconde beaucoup plus fréquente peut se montrer dans toutes les entérites et principalement dans celle de la fièvre typhoïde ; c'est un symptôme habituel de l'occlusion intestinale. On l'observe aussi dans l'hystérie et, dans cette maladie, elle atteint quelquefois un tel degré d'intensité que la mort surviendrait par asphyxie, si on n'intervenait par une ponction.

En 1869, nous avons démontré par des expériences faites sur des lapins, que le développement subit d'une grande quantité de gaz dans l'intestin grêle comme cela a lieu si souvent dans la tympanite hystérique, déterminait une auto-occlusion de l'intestin, c'est-à-dire, que

les anses intestinales extrêmement dilatées et maintenues par les parois abdominales résistantes s'immobilisent et restent étranglées par leur propres replis. Nous avons été aidés dans ces expériences par le D[r] Jablonski.

Traitement. — Nux vomica, colocynthis, china, lycopodium, belladona, chamomilla, opium et taraxacum sont les principaux médicaments.

1° *Nux vomica.* — La production abondante de gaz est un effet physiologique de la noix vomique ; les vents sont incarcérés ; il y a tympanite et borborygmes ; cette tympanite est douloureuse ; la noix vomique est surtout indiquée dans la tympanite à occlusion intestinale ; cependant, nous l'avons vu réussir dans la tympanite hystérique ; la douleur excessive, le ténesme vésical et la suppression complète des selles et des vents constituent son indication principale.

Doses et mode d'administration. — La clinique n'est point fixée sur ce point. Nous avons obtenu la guérison d'occlusion intestinale par la sixième dilution ; et chez une de nos hystériques, la tympanite ne cédait qu'à des doses très fortes de teinture mère. Dix à vingt gouttes de teinture dans une potion de 200 grammes administrée to tes les deux heures.

2° *Colocynthis.* — Les indications de ce médicament sont à peu près les mêmes que celles de la noix vomique. La tympanite est encore plus douloureuse que celle produite par la noix vomique et s'accompagnent de borborygmes continuels avec ténesme et incarcération des vents.

Doses et mode d'administration. — Les basses dilutions et la teinture mère conviennent dans le traitement de la

tympanite. Les doses doivent être répétées très fréquemment.

3° *China*. — La tympanite est un symptôme constant du China ; elle peut être excessive, s'accompagner de borborygmes et de rétention complète des flatuosités. Ce médicament convient surtout dans la tympanite qui accompagne l'entérite ; il sera surtout indiqué si les douleurs de ventre surviennent immédiatement après la prise des aliments, et encore, dans les cas où la tympanite s'accompagne de diarrhée, si les selles sont provoquées par les mêmes circonstances.

Doses et modes d'administration. — Les basses dilutions depuis la sixième.

4° *Lycopodium*. — La tympanite produite par le lycopode s'accompagne de borborygmes et de froid aux pieds ; il est surtout indiqué dans les dyspepsies avec flatulence et constipation opiniâtre. La tympanite des hypocondriaques, est heureusement modifiée par ce médicament.

Doses et mode d'administration.— C'est surtout la trentième dilution qui est employée.

5° *Belladona*. — La belladone est le médicament principal de la tympanite symptomatique de l'occlusion intestinale. Cette tympanite s'accompagne de borborygmes et de rétention des flatuosités ; souvent elle existe sans douleur ; d'autrefois elle est extrêmement douloureuse. Plus que dans toute autre tympanite, les anses intestinales se dessinent à travers les parois du ventre. Ce médicament m'a souvent réussi dans l'occlusion intestinale ; il a échoué entre mes mains, même aux doses les plus fortes dans un cas de tympanite hystérique.

Dose et mode d'administration. — Premières triturations et teinture mère.

6° *Chamomilla.* — La camomille est un médicament traditionnel dans le traitement de la tympanite hystérique. Parmi ses effets physiologiques nous relevons le ballonnement excessif du ventre avec pression dans les aines, soulèvement de l'épigastre, gêne de la respiration et borborygmes très bruyants. Notons comme symptôme accessoire très important : l'anxiété portée jusqu'au désespoir ; la rougeur de la face principalement, si elle est bornée à l'une des joues.

Doses et modes d'administration. — De la sixième dilution à la teinture.

7° *Opium.* — Ce médicament produit la tympanite par paralysie intestinale ; il a donné souvent d'heureux résultats dans l'occlusion intestinale. Sa caractéristique est de déterminer une tympanite considérable avec absence de mouvement intestinal et par conséquent, sans borborygmes.

Doses et mode d'administration. — Les premières dilutions.

8° *Taraxacum leontodum.*— L'indication de cette plante est encore entièrement empirique, je l'ai trouvée mentionnée dans une thèse du commencement de ce siècle et je l'ai prescrit plusieurs fois avec succès dans la tympanite hystérique ; et, en particulier, dans un cas extrêmement grave qui dans une attaque précédente avait nécessité la ponction intestinale. Administrée à la dose de 3 gouttes de teinture mère dans 6 cuillerées d'eau une cuillerée tous les quarts d'heures, l'amélioration se produisit dès la seconde cuillerée et amena une énorme évacuation de flatuosités qui guérit rapidement la tympanite.

Ponction intestinale ; elle est indiquée toutes les fois que la gêne de la respiration menace de déterminer l'as-

phyxie ; elle est facile et sans danger ; on la pratique à l'aide d'un long trocart explorateur enfoncé dans l'anse intestinale qui fait le plus de saillie. Quelquefois, il faut, séance tenante, faire une seconde ponction, quand la première a été insuffisante. L'antisepsie rend cette ponction absolument innocente.

Nous avons pratiqué la ponction intestinale avec un succès complet dans la tympanite hystérique.

D^r P. Jousset.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Vaccine obligatoire a la Réunion. — Autographisme et stigmates. — Caféine et kola. — Travail de nuit pour les femmes.

I

L'Académie s'est ressentie à la fois des vacances de Pâques et de la mort de M. Trélat qui lui a fait perdre une séance : aussi le mois académique est-il un peu indigent.

Dans la séance du 10 mars, M. Hervieux a présenté son rapport sur le projet de décret tendant à rendre la vaccine obligatoire à *La Réunion*, projet qui a rencontré, dans la colonie, quelques contradictions, au nom de la liberté individuelle. Cet argument, si respectable qu'il soit souvent, quoi qu'on dise, dans les questions d'hygiène

publique, ne saurait toucher l'Académie dont les tendances sont bien connues sous ce rapport.

Il existe là-bas un Institut vaccinal qui suffira largement aux besoins, puisqu'une seule génisse à laquelle on pratique 120 à 130 insertions, fournit assez de vaccin pour inoculer 1,000 à 1,200 sujets. C'est déjà un grand moyen de vaincre la résistance des mères, puisque ce qui leur coûte le plus, c'est de fournir des enfants vaccinifères. Un autre motif de résistance locale disparaîtra également, à savoir la propagation de la syphilis qui a exercé quelques ravages. Peut-on transmettre la tuberculose par la vaccination animale? Mais cette affection est excessivement rare chez les veaux et les jeunes génisses, et, d'autre part, M. Chauveau sur des cobayes, et M. Strauss sur les lapins, ont constamment échoué dans leurs essais d'inoculations.

A quel âge de l'enfant doit être pratiquée la vaccination obligatoire ? M. Hervieux propose 3 mois, au lieu du délai de 2 ans qu'accorde la loi allemande. Trois mois, c'est d'ailleurs la loi anglaise. En cas d'insuccès, on fera deux nouvelles tentatives successives et sans délai.

Le certificat de vaccine sera valable pour dix ans, terme généralement adopté pour les revaccinations.

Mais, en temps d'épidémie, on aura le pouvoir de faire revacciner tout le monde, *dans les établissements publics et les ateliers agricoles et industriels*. L'expérience a appris en effet qu'en pareille circonstance, il n'y a d'immunité sérieuse que pour les sujets tout récemment vaccinés ou revaccinés.

Quant aux pénalités destinées à sanctionner le décret, à mon humble avis de chroniqueur, ce n'est guère l'affaire de l'Académie.

Ce qui est grave et mérite l'attention de tous les médecins, c'est que la variole décime tous nos établissements français, et les faits cités par le savant rapporteur sont assez intéressants pour nous arrêter un instant.

Dans un rapport sur l'épidémie de *Nossi-Bé*, en 1886 et 1887, les médecins de la marine nous ont montré les indigènes redoutant la vigilance de la police, dissimulant leurs malades, se dérobant aux mesures d'isolement, à la vaccination, qu'ils appellent la *tisane des blancs*. On explique surtout cette répulsion par la coutume de la *fratrida* : pour cimenter leur intimité, ils ont adopté l'usage de se faire de légères incisions aux bras, et de boire réciproquement leurs sangs, ou bien de mettre les deux plaies en contact. Or, ils ne veulent pas, par la vaccination, devenir les frères de tout le monde, surtout des blancs.

Un travail de M. Girard sur la *variole au Sénégal* n'est pas moins curieux. Il mentionne, entre autres causes des épidémies, la pratique invétérée des inoculations varioliques, les émigrations de noirs venus de diverses contrées de l'Afrique, l'importation de la maladie par les négriers, les importations européennes. Pour les indigènes, la vaccine n'est que la *variole du gouvernement*. Aussi est-il très difficile d'entretenir la vaccin chez les enfants noirs, vaccin que les blancs du reste ne veulent pas accepter. Et il a fallu en venir au vaccin animal.

Le Dr Hocquard a rencontré au *Tonkin* les mêmes répugnances parmi les indigènes. Pour vaincre leur résistance, il a été obligé de faire décréter par le mandarin de la province de Hanoï la vaccination obligatoire pour tous les enfants de 2 à 7 ans. On fut même forcé de rendre responsable les notables des villages et de décréter de fortes amendes. Les enfants devaient être conduits de force par colonnes.

En Algérie, on a dû agir de même, et mettre les gardes-champêtres en campagne pour amener, à jour fixé, un nombre d'enfants déterminé d'après le chiffre des naissances : cela, bien entendu, en territoire militaire.

M. Rochard, dans la discussion qui a fait suite au rapport de M. Hervieux, ajoute des renseignements sur ce qui a été fait en *Cochinchine* de 1876 à 1886. Pendant cette période, la vaccination a été obligatoire dans la colonie, et nos médecins de la marine ont pu pratiquer plus de 300,000 inoculations sur une population de 1,595,540 habitants. Auparavant, la variole plus meurtrière que le choléra, y tuait 2 enfants sur 5, et à la suite des mesures prises, elle a disparu. Aussi, les Annamites, d'abord récalcitrants, ont fini par se prêter de bonne grâce aux vaccinations.

Les conclusions de M. Hervieux sont finalement adoptées, en insistant sur la nécessité de substituer le vaccin animal au vaccin d'enfant, à cause de la syphilis qui, dans les colonies, sévit avec une fréquence et une gravité inconnues en nos régions.

II

Autographisme et stigmates : tel est le titre à effet que M. Mesnet, notre ancien, érudit et pénétrant maître, a donné à sa communication. Je ne connais personne, sans exception, qui soit capable d'analyser plus finement et de scruter à fond tous les détails d'une observation neuropathologique. Pourquoi en gâter le charme par des déclamations banales sur les ténèbres d'ignorance du moyen âge comparées au progrès moderne, au prestige de la science et de la raison? Jadis on brûlait comme sorciers des gens

qu'aujourd'hui, sympathiques malades, on traîne en spectacle de clinique en clinique. Autre temps, autres mœurs, et ce n'est pas nous qui nierons le progrès accompli. La science marche et marchera. Un peu de modestie est de rigueur, lorsque l'on pense que, dans cent ans, une génération nouvelle traitera notre siècle d'ignorant. Il est convenu que notre siècle a inventé la Raison (avec un grand R.) Cela fait rire. En quoi les peuples modernes sont-ils plus raisonnables que les anciens? Se battent-ils moins entre eux? Ont-ils moins de guerres civiles? Individuellement, l'homme privé sait-il mieux se gouverner? Est-il de meilleur goût de traiter les siècles passés d'âges du fanatisme? Cela est bien pour les réunions publiques et les candidats illettrés à un mandat républicain quelconque. L'histoire est un peu plus compliquée et moins naïve. Assurément, on a brûlé des hystériques comme possédés, et cela est déplorable, comme toute erreur. Mais il n'est pas besoin de connaître bien profondément le temps où de pareilles choses étaient possibles, pour savoir quels désordres publics punissables se cachaient sous les épidémies célèbres d'hystérie; pour savoir, d'autre part, le peu de cas que, malheureusement sans doute, on faisait de la vie humaine: les lois pénales du temps le montrent trop. Rien n'est donc plus légitime que de nous réjouir d'être nés à une époque où, légalement du moins, on ne touche pas facilement à la vie humaine, dans un temps plus éclairé sur la pathologie analytique, moins crédule et plus sceptique. Mais, de grâce, n'en profitons pas pour insulter le passé, ou bien l'avenir se vengera sur nous. Cela dit, je ne m'occupe plus que des observations d'*autographisme*, pour les résumer brièvement et fidèlement.

Obs I. — Femme de 29 ans, entrée à Saint-Antoine en

juin 1879. Hystérie héréditaire. Grande disposition nerveuse dès le jeune âge. A 9 ans, surdité double, passagère. A 12 ans, chorée violente. A 16 ans, la menstruation s'établit, et la première grande attaque hystérique se montre.

En mai 1879, les attaques deviennent plus fréquentes et plus violentes.

Analgésie complète et générale; boule hystérique; névralgies intercostale, lombaire, et vomissements répétés.

Le simple contact de la pointe d'une épingle — que cette malade ne sent pas — produit aussitôt une rougeur diffuse, suivie bientôt d'une élevure d'un blanc rosé qui met en relief le trajet suivi par l'épingle. Il en est de même de toute excitation de la peau produite par un corps dur quelconque; par les ongles, un pli de la chemise, la pression sur un meuble. Avec un crayon taillé fin, promené légèrement sur un point de la peau, on dessine en relief une inscription quelconque. Le relief des traits est arrondi au sommet et peut atteindre le volume d'une demi-plume d'oie appliquée sur la peau. Les inscriptions ainsi tracées peuvent être lues à vingt mètres de distance, grâce à la zone rouge qui entoure les saillies blanchâtres.

C'est ce phénomène que M. Mesnet a désigné sous le nom d'autographisme. Le temps de sa durée est variable : il peut persister 24 heures. On peut le reproduire pendant des années. Il est certainement dû à un acte réflexe. Chez la malade, tout persistait au bout de 4 années.

Obs. II. — Femme de 30 ans. Père mort aliéné. Mère excentrique. Chlorose. Hémoptysies supplémentaires.

Entre à l'Hôtel-Dieu en 1886. Hémianesthésie gauche. Autographisme. Sort au bout de trois mois.

En 1888, entre de nouveau à l'Hôtel-Dieu; l'autographisme persiste, de même que l'hémianesthésie gauche. Grandes attaques. Les reliefs se dessinent aussi bien sur le côté anesthésié que sur l'autre, sans aucune différence. Ce phénomène est plus marqué à l'époque des règles. Chez elle, on provoque facilement l'urticaire — affection certainement analogue — avec les écrevisses, les fraises ou les cerises. Elle est hypnotisable et suggestionnable.

Obs. III. — Dame de 32 ans, très vigoureuse, six enfants, très intelligente. Hystérie convulsive. L'autographisme, remarqué accidentellement par elle, remonte à 3 ans: le moindre contact produisait des reliefs qui duraient 5 à 6 heures. Pas d'anesthésie. Hyperesthésie cutanée, au contraire, sur un grand nombre de points. Hypnotisable. Trois ans après l'examen, l'autographisme persistait.

Obs. IV. — Homme de 32 ans. Parésie du bras droit depuis 4 jours. Hémianesthésie droite complète, s'étendant aux orifices muqueux, aux organes des sens de ce côté. Autographisme manifeste. Les reliefs durent 8 heures. Guérison à la suite d'une séance unique d'hypnotisme, dans laquelle M. Mesnet suggère au malade qu'il sera guéri au réveil, qu'il recouvrera le mouvement du bras et la sensibilité du côté droit. Il en fut ainsi en effet. Cela se passait le 5 juillet 1888. Revu plusieurs fois depuis cette date, le malade s'est maintenu parfaitement guéri.

III

M. Heckel (de Marseille) fait une communication sur la noix de kola. On se souvient que M. Germain Sée a dit à

l'Académie que la *caféine* était le seul principe actif de la poudre de kola, comme du *maté*, du *thé*, du *guarana*.

Mais l'auteur a observé qu'après avoir épuisé la caféine de la poudre de kola par le chloroforme, cette substance agit encore d'une manière notable sur l'élément musculaire, et alors l'excitabilité nerveuse est à peine sensible. Aussi est-il porté à admettre que le principe appelé par lui *rouge de kola*, lequel persiste à l'épuisement par le chloroforme, est une substance complexe qui renferme sans doute des principes très actifs. Il s'y trouve peut-être le principe de l'excitabilité surnutritive et musculaire, synergique de la caféine.

Ce qui est remarquable et éveille l'attention, c'est que le kola produit d'étonnants effets à doses très faibles.

Les nègres de l'Afrique tropicale franchissent, en plein soleil, *jusqu'à* 80 *kilomètres dans un jour plein, en mâchant une seule graine de kola fraîche*. Mêmes résultats avec le kola sec.

M. Heckel rapporte, en effet, le suivant.

Le colonel du 160^{e} à Perpignan, accompagné de son lieutenant-colonel soumis au même régime, a fait, en 1888, l'ascension du Canigou (2,300 mètres) et a pu marcher *sans fatigue* pendant douze heures, interrompues seulement par 25 minutes de repos au total, en n'absorbant qu'une quantité de poudre de kola sec équivalant à 0, 12 de *caféine*. Les six derniers kilomètres ont même été parcourus avec une vitesse de 6 kilomètres à l'heure : il n'y avait donc pas d'épuisement musculaire à la fin de la course. La même expérience a été répétée par beaucoup d'officiers et de soldats.

On a même fait davantage. Plusieurs officiers du 124^{e} à Laval (11 juillet 1888) ont pu, en quinze heures et demie

de marche, se rendre de cette ville à Rennes, soit franchir 72 kilomètres, et, durant cet effort considérable, ils n'avaient absorbé (à doses fractionnées) que le poids de kola correspondant à 0 gr. 15 de *caféine*.

Or, on n'aurait pas obtenu de résultats comparables avec des doses correspondantes de caféine en substance. Donc, il y aurait, dans le kola, d'autres principes actifs que la caféine.

Aussi bien la graine fraîche est beaucoup plus excitante que la sèche; mais il n'y faut pas songer en France. La première contient une huile essentielle fort énergique, laquelle se détruit par la dessiccation. Les nègres, auxquels cette huile essentielle suffit, ne font que mâcher le kola, sans l'avaler.

D'autre part, il est bien vrai, comme l'a indiqué M. Sée, que le kola diminue l'essoufflement dans les excursions. Cela résulte expressément des expériences faites par le *Club alpin*, à l'instigation de M. Heckel. C'est donc le meilleur remède contre le *mal de montagne* ; et on ne saurait trop insister sur son introduction dans l'alimentation du soldat en campagne, et on devrait même l'étendre à la cavalerie.

IV

Travail de nuit des femmes dans les manufactures, tel est le titre d'un rapport de M. Rochard, au nom d'une commission, à la suite d'une question posée par une Commission de la Chambre sur les conséquences possibles de la loi projetée, laquelle loi autoriserait les femmes à travailler la nuit dans les manufactures. Puisque la liberté est une chose tellement claire qu'elle a besoin d'être réglementée, c'est bien le moins que l'on se préoccupe un

peu de l'hygiène. Mais la réponse de la Commission ne pouvait être douteuse ; *le travail de nuit dans les manufactures est préjudiciable à la santé des femmes et de leurs enfants, à leur moralité et aux intérêts de leur famille.* Que penser d'une assemblée politique où l'on n'a pas l'air de se douter de cela?

Aux termes de la loi, le travail de nuit commence à 9 heures du soir et finit à 7 heures du matin. Il ne remplace pas le travail de la journée, il s'y surajoute, et, à certains moments, c'est le labeur sans trêve et sans repos, dans une atmosphère insalubre. Du reste, le travail de nuit est pernicieux, même quand les femmes peuvent se reposer pendant le jour.

Donc, privation cruelle de sommeil et grand dommage pour la santé; amaigrissement, anémie, désordres nerveux, affaiblissement progressif de la vue.

Et lorsque les femmes sont mères : allaitement impossible, lait tari, enfant à la crèche pendant le jour, abandonné la nuit sans soins et sans nourriture. Et nous nous plaindrons encore, en France, de la natalité insuffisante et de la mortalité excessive du premier âge !

Pour les enfants devenus grands, l'absence continuelle de leur mère entraîne l'abandon et le vagabondage. Pour le père, la conséquence, c'est la vie au cabaret.

Le travail de nuit est tout aussi pernicieux pour les jeunes filles, au point de vue de leur santé. Et leur moralité ?

Les hygiénistes sont unanimes pour prohiber ce travail. Toutes les autorités consultées ont conclu dans le même sens, excepté les chambres de commerce, ce qui est caractéristique. De leur côté, les ouvrières ont pétitionné. Les couturières et les modistes étaient en majorité. Ce sont

elles spécialement que les législateurs ne sont pas disposés à exempter du travail de nuit. On argue de l'intermittence de leur travail. Raison spécieuse, car ce sont ces ateliers qui sont les plus funestes à la santé. Au lieu d'accumuler les commandes à certaines époques, on prendrait l'habitude de les faire à l'avance.

Telle est la substance du rapport très bien fait de M. Rochard.

M. Léon Le Fort insiste sur la nocuité plus grande du travail de nuit, même lorsqu'il est de plus courte durée.

M. Hardy demande qu'on admette des exceptions, au point de vue industriel.

M. Brouardel répond que l'Académie n'est consultée que sur une question d'hygiène et ne saurait entrer dans aucune considération commerciale.

Il est entendu, dès lors, que le point de vue hygiénique sera précisé dans la réponse de l'Académie.

A l'unanimité, l'Académie a émis l'avis suivant :

En se tenant, bien entendu, sur le terrain de l'hygiène, l'Académie déclare qu'une loi qui autoriserait les femmes à travailler la nuit dans les manufactures, usines et ateliers, aurait, pour leur santé, les conséquences les plus désastreuses.

Dr H. Piedvache.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

ANURIE CALCULEUSE. — GOITRE EXOPHTHALMIQUE ET IDÉES DE PERSÉCUTION. — DÉLIRE DE PERSÉCUTION ET FOLIE RELIGIEUSE DANS LE COURS DE LA FIÈVRE TYPHOIDE. — INDURATION CHRONIQUE DES VEINES PÉRIPHÉRIQUES.

I

M. le Dr FÉRÉOL rapporte une curieuse observation d'anurie calculeuse ; il s'agit d'un homme de 47 ans, atteint de goutte héréditaire, ayant eu en mai et novembre dernier une crise d'anurie ayant duré environ vingt-quatre heures, précédée d'un peu d'hématurie et de douleurs vagues dans les reins, et terminée par une évacuation de deux litres d'urines claires, et d'un petit gravier. Le mardi 7 janvier, après quelques excès vénériens, douleur de reins et hématurie, puis anurie qui persista jusqu'au mercredi 15 au soir (huit jours) ; le lundi et le mardi le malade avait rendu quelques gouttes d'urine foncée ; tout d'un coup le mercredi à 5 heures du soir, urines claires et pâles rendues facilement toutes les dix ou quinze minutes, émissions copieuses produisant deux litres en deux heures et dix litres en vingt-quatre heures ; quelques petits graviers furent rendus pendant ce temps ; les urines de ce jour contenant 14,70 d'urée par litre, le malade rendit donc 147 grammes d'urée dans sa journée.

Tout le temps de cette crise d'anurie le malade était resté dans un état relativement bon : « il restait couché, dormait assez mal, souffrait très modérément dans la région rénale droite et nullement dans le trajet de l'uretère, ni dans la région vésicale, qui ne présentait pas trace d'ac-

cumulation d'urine; il avait un très vif désir d'uriner, mais n'en sentait pas le besoin... il ne présentait pour ainsi dire aucun signe morbide autre que la suppression totale des urines ».

Cette observation montre combien la période de tolérance de l'économie dans l'anurie peut être longue.

II

Le D[r] Ballet lit un mémoire sur *les idées de persécutions dans le goitre exophthalmique.* Après avoir rappelé qu'on peut observer, en même temps que la maladie de Basedow des accès d'agitation maniaque de diverses sortes, des troubles mélancoliques et lypémaniaques et de l'hystérie, il établit « qu'on peut voir se constituer une sorte de délire de persécution ». Il s'agit d'un malade dont il a publié l'observation détaillée dans la *Revue de médecine* (mai 1888) et qui présentait « au grand complet les symptômes caractéristiques de la maladie de Basedow : tachycardie, tuméfaction du corps thyroïde, saillie des globes oculaires, tremblement à petites oscillations ». Il y avait en même temps des symptômes très nets d'hystérie : « anesthésie et analgésie généralisées avec perte absolue du sens musculaire ; rétrécissement considérable des deux champs visuels ; amblyopie bilatérale, diplopie monoculaire à gauche, diminution des sensibilités spéciales de ce même côté ; enfin zones douloureuses du niveau de la fosse iliaque et de la région supérieure de la colonne vertébrale ».

En outre, aujourd'hui, ce malade est en proie à un délire de persécution : il est dans « une constante inquiétude; le sentiment qui le domine est celui d'une défianc

perpétuelle à l'égard de tous ceux, connus ou inconnus, qui l'entourent ou qui l'approchent. Son attitude réservée, les difficultés qu'on éprouve à capter sa confiance et à obtenir des réponses aux questions qu'on lui adresse, laisse entrevoir promptement le fond de méfiance qui est le trait dominant de son caractère ». Lorsqu'on arrive à en obtenir des renseignements, il dit qu'il est convaincu qu'on lui en veut et qu'on le persécute ; il a horreur de la société, aime à se promener seul ou au milieu d'une foule inconnue. Cependant au café, il se défie des consommateurs voisins, à l'hôpital, de ses compagnons de salle. Il est poussé à ne jamais rester longtemps dans le même lieu, et fait la navette entre Béziers, Marseille et Paris. Il accuse surtout trois personnes de le persécuter : son père qui habite Béziers, M. le Dr Debove, qui l'a soigné à l'hôpital Andral et M. Ballet. Il a même voulu frapper son père et « il y a quelques mois, au cours d'une petite discussion, il a braqué le canon d'un fusil » sur lui. Le malade présente des hallucinations: il voit un grand nombre de personnes, mais principalement ses trois persécuteurs, son père, MM. Debove et Ballet; non seulement il les voit, mais il leur parle.

M. Ballet croit que ce délire de persécution se trouve sous la dépendance, et de l'hystérie, et du goitre exophthalmique. Sans vouloir entrer dans le fond du débat, il nous semble que ces symptômes doivent plutôt être sous la dépendance de l'hystérie. (*Séance du 28 février* 1890.)

III

Le Dr Barié lit un mémoire pour établir que dans la fièvre typhoïde on observe quelquefois, en dehors du dé-

lire fébrile habituel à cette maladie, un délire systématisé, ce qu'il nomme un délire de persécution et de folie religieuse. Les observations qu'il publie pour établir ces conclusions sont très intéressantes, mais nous nous associons aux critiques que MM. BALLET et SÉGLAS ont présentées dans la séance suivante, en refusant d'admettre un rapprochement entre le délire de persécution, que l'on rencontre quelquefois dans la fièvre typhoïde, et celui qui a été décrit par Lasègue comme une variété de folie. Sans nous attarder à ces discussions de doctrine, nous allons reproduire les plus intéressantes de ces observations, qu'on pourrait rapprocher d'une observation publiée par mon père dans son volume de clinique (1).

Les trois premières observations ont pour sujet des malades présentant des délires de persécution, pendant la période d'état de la fièvre typhoïde (obs. I, II, III du Mémoire). Dans la IV[e] (V[e] du Mémoire), ce sont les troubles maniaques qui ont apparu au début, enfin la V[e] (VIII[e] du Mémoire) est un exemple de folie religieuse.

OBSERVATION I. — Victoire M..., quarante-deux ans, entre le 15 août à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. le professeur Peter, salle Sainte-Adelaïde, n° 14.

La malade entre à l'hôpital avec tous les signes d'une dothiénentérie, qu'elle a contractée sans doute en soignant sa bru, morte récemment de fièvre typhoïde. Céphalalgie, langue sèche et tremblante, vertiges, perte d'appétit, ventre non ballonné, mais douloureux à la pression, taches rosées lenticulaires, diarrhée; insomnie, etc. Temp. 39 degrés. Pouls 110.

Durant les quatre premiers jours, la malade ne présente rien de particulier, la maladie suit son cours, la fièvre est modérée ; en moyenne, la température ne dépasse pas 38°,6.

(1) Clinique de l'hôpital St-Jacques, 2[e] série, p. 278.

20 août. La malade devient indocile ; elle est agitée et mâchonne sans cesse entre ses dents. Temp. 38°8, le soir.

Le 22. Grande indocilité ; la malade a le regard haineux ; elle croit que tout le monde complote contre elle, la fille de salle et ses voisines se font des signes mystérieux dans le but de la tourmenter ; aussi, quand on s'approche de son lit, la malade tourne brusquement le dos, et se serre dans ses draps. Pouls dicrote 115, le soir.

Durant quelques jours, cet état ne fait que s'accroître ; une nuit, elle se lève de son lit, et tente d'étrangler une de ses voisines pendant son sommeil ; c'est avec peine qu'on peut la faire regagner son lit.

La dothiénentérie suit son cours, la fièvre est modérée, le pouls toujours fréquent, 110-120. On ne peut pas prendre la température, car la malade ayant horreur du thermomètre, qu'elle prend pour un instrument tranchant, résiste avec énergie dès qu'on veut le placer dans l'aisselle.

Le 27. Les idées de persécution durent encore ; à la visite du matin, la malade nous dit que sa voisine lui a coupé la tête, et elle la cherche partout dans son lit.

Le 29. Amélioration ; la fièvre est tombée. Pouls 37°8.

4 septembre. Depuis quelques jours, la malade, apyrétique, est très calme, elle est d'un mutisme complet ; pâle et très affaiblie ; langue rougeâtre. Elle refuse de prendre des bouillons. Plus d'excitation ; elle est dans une grande prostration et ne reconnaît pas ceux qui l'entourent. Pouls 86. Temp. 36 degrés.

Le 7. La malade est alimentée : bouillons, potages, un peu de viande. Vin de Bordeaux.

Le 12. La patiente mange avec appétit ; elle se lève depuis deux jours. La raison est revenue entièrement, et le 15 septembre, la malade, encore un peu pâle, part pour la campagne.

Obs. II. — Une femme de dix-neuf ans, employée à des travaux de couture, est amenée à l'hôpital Tenon, salle Béhier, dans les premiers jours de février 1889. Malade depuis sept jours : céphalalgie, insomnie, épistaxis, diarrhée, bronchite aux deux bases. Deux jours après, l'apparition de taches rosées sur

l'abdomen. Jusque vers le dixième jours environ, rien de particulier ne se manifeste dans la dothiénentérie qui paraît évoluer avec régularité, quand apparaissent de l'agitation nocturne et du délire bruyant. Cependant la fièvre n'a pas augmenté et jamais le thermomètre n'a dépassé 39 degrés et le pouls 132 pulsations. La malade ne parle pas, et il est extrêmement difficile de la faire sortir de son mutisme. Si on s'approche d'elle, elle s'éloigne le plus possible, ou vous regarde d'un air de défiance; elle ramène sans cesse ses draps autour d'elle comme pour s'en faire un rempart. Avec beaucoup de patience, on finit par surprendre quelques mots qui trahissent sa pensée; on chuchotte sans cesse autour d'elle, et elle prétend, à travers la porte, entendre des personnes qui complotent et veulent lui faire perdre sa place. D'autres fois, les mêmes personnes rapportent de l'ouvrage mal taillé, et disent que c'est elle qui l'a fait. Un jour de visite, elle prétend avoir aperçu, à travers le vitrage, des ouvrières de son atelier qui riaient en la voyant et la montraient au doigt; elle ajoute cependant qu'elles n'ont point osé monter dans la salle. Un peu plus tard, la malade accuse sourdement une femme très âgée, couchée en face de son lit et qui se lève difficilement, d'avoir été rendre visite à sa patronne pour lui conseiller de la renvoyer de l'atelier. Bien plus, pour se débarrasser d'elle plus rapidement, elle prétend qu'on a voulu l'empoisonner; les boissons et le vin sentent le soufre, elle n'y veut plus toucher.

Les choses restèrent en l'état pendant onze jours environ et, durant cette période, la maladie première évolue régulièrement, la température ne dépassant pas 39 degrés le soir, et le matin 38°,2. Au vingt-quatrième jour de la fièvre typhoïde, l'apyrexie fut définitive, et la malade, chez laquelle les hallucinations ont cessé presque complètement, reprend peu à peu sa raison. Au treizième jour, tout est rentré dans l'ordre.

Les renseignements sur les antécédents de la malade nous ont appris qu'elle n'a jamais eu d'affection grave, et qu'il n'y avait chez elle aucune héridité nerveuse appréciable.

Obs. III. — C... Louise, ménagère, âgée de vingt-deux ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne, le 30 novembre 1889,

vers le cinquième jour d'une fièvre typhoïde qui évolue régulièrement jusque vers le huitième jour. A partir de ce moment, la malade présente un état délirant presque continuel, d'abord un peu vague, mais qui ne tarde pas à se systématiser. La malade ayant remarqué un matin que la fille de salle versait un peu de limonade dans son pot qui avait été renversé, crut que cette femme voulait l'empoisonner, et résista avec la plus grande énergie, pendant une semaine environ, à toute tentative d'alimentation. Quand on l'approche, elle s'enfonce sous ses draps, et vous dévisage avec un regard inquiet ou haineux. Plus tard, elle se plaint de ses voisines qui s'entendent avec la fille de salle, pour mettre des « saletés » dans le lait qu'on lui distribue. Elle serre les dents et se débat très fort si on veut lui faire avaler quelques cuillerées de potions ; parvient-on à introduire quelques gorgées de liquides, de suite elle les crache de tous côtés, en criant que c'est du poison et qu'elle ne le boira pas.

A la tombée de la nuit, les hallucinations deviennent plus fortes : elle se voit entourée par ses voisines, qui veulent la tuer ou la faire boire de force, et sans cesse l'idée du poison revient à son esprit. A de certains moments, le délire est d'une violence extrême. Elle ne cesse alors de crier et appelle son mari à son secours. Un peu plus tard, elle déclare avoir entendu, derrière son lit, des voix qui disaient : « Demain on l'empoisonnera. » Elle dit avoir reconnu la voix de ses voisines. Aussi dès qu'on s'approche de son lit, elle crie ou se renferme sous ses couvertures.

A la visite du 29 décembre au matin, comme j'avais remarqué la grande faiblesse des bruits du cœur, je prescris d'ajouter à la potion, qu'elle prenait plus mal que bien, 50 centigrammes de caféine. La malade croit entendre le mot *café*, et déclare qu'elle n'en prendra pas, que le café est un poison, et que nous sommes tous d'accord pour la faire mourir ; elle supplie son mari de venir la délivrer. En présence d'une pareille résistance de la part de la malade, on comprend que nous ayons eu la plus grande difficulté pour l'alimenter ; nous avons eu recours le plus souvent aux lavements, encore la malade refusait-elle de se les laisser donner ou les rendait presque aussitôt.

Cet état de délire de persécution persista pendant plus d'un mois, et pendant ce laps de temps la fièvre typhoïde évoluait d'une façon régulière, sauf quelques poussées de congestion pulmonaire et des signes évidents d'affaiblissement de la contractilité cardiaque, qui ont disparu à la suite de la médication par la caféine. La température a varié constamment, le soir entre 37°,9 et 38°,8.

Au trente-troisième jour, l'apyrexie est complète, et les accidents délirants s'amendent un peu; cependant, la malade éprouve toujours une répugnance grande pour toute espèce d'alimentation ; aussi sa faiblesse est-elle très grande. Les idées de persécution et la crainte d'être empoisonnée, quoique moins persistantes, n'ont pas encore disparu, et une dizaine de jours se passent encore sans amélioration sensible au point de vue cérébral.

Dans la seconde quinzaine de janvier, on parvient enfin, à force de patience et de persuasion, à faire prendre à la malade du bouillon, du lait et du vin ; peu à peu, les idées délirantes s'effacent, et à part quelques légers retours, à trois reprises différentes au moment de la tombée de la nuit, les troubles cérébraux disparaissent et la malade promet d' « être sage ». Elle ne se souvient de rien et rit quand on lui raconte les différents épisodes de son délire.

Des renseignements ultérieurs nous ont appris qu'il n'y avait aucun antécédent nerveux héréditaire. La malade elle-même ne présente aucune tare névropathique ou hystérique, mais son intelligence paraît assez médiocre.

Obs. IV. — Dans le commencement du mois d'octobre 1887, je fus appelé à Saint-Mandé pour voir une jeune fille âgée de dix-sept ans, souffrante depuis quelques jours. Cette jeune personne venait de passer deux mois de vacances en Bourgogne, et était rentrée seulement depuis l'avant-veille, mais déjà mal en train depuis deux jours environ ; la malade se plaint de vives douleurs de tête et de perte totale du sommeil. En outre, elle est triste, inquiète, abattue, restant parfois de longues heures sans parler, jetant sur toute sa famille, qui l'entoure, des

regard haineux ou terrifiés. L'appétit est nul, la langue et les lèvres un peu sèches, la peau brûlante et le pouls bat 132 pulsations à la minute. Constipation. Pas de vomissements. C'est dans ces conditions que je vis la malade pour la première fois, et quoique indécis, je ne pus m'empêcher de penser à la possibilité d'une méningite probablement tuberculeuse, malgré l'absence de toute affection de cette nature dans la famille. Le lendemain, ces premiers accidents ont pris une intensité vraiment effrayante. La malade a déliré toute la nuit, se plaignant sans cesse de mourir de soif, mais dès qu'on s'approche d'elle avec un breuvage, elle se recule épouvantée et repousse avec force la tasse qu'on lui présente. Elle prétend qu'on veut la faire mourir, que son père et ses frères chuchotent derrière la porte et mettent du poison dans le lait qu'on lui offre. Elle ne veut pas qu'on s'approche de son lit, parce qu'elle a vu qu'on voulait, dit-elle, y mettre le feu. A de certains moments, elle interpelle bruyamment son père; lui reproche de vouloir la faire mourir. éclate en sanglots et le supplie de ne pas lui faire du mal. A d'autres instants, la jeune malade garde un mutisme obstiné, mais elle suit du regard les mouvements de ceux qui l'entourent. Durant la nuit, l'agitation a redoublé à un point tel, qu'un médecin du voisinage a dû prescrire un lavement de chloral qui n'a procuré qu'un calme passager. D'ailleurs il est très difficile de faire prendre aucune médication : une purgation, que j'avais prescrite au début, a été rendue presque aussitôt, et la constipation persiste ; quant aux lavements, la malade est tellement rebelle, que leur administration est des plus difficiles.

Deux jours se passent encore de la même façon : le sommeil est nul, l'agitation presque permanente, et toujours la crainte d'être empoisonnée revient sans cesse dans le délire de la malade. Elle voit le poison qu'on apprête ; elle entend dans la chambre voisine, la voix de ses frères qui complotent entre eux, au bien encore c'est son père qui prononce son nom et celui de la mort.

Dans de semblables conditions, l'inquiétude de la famille devenait chaque jour plus vive et ma perplexité restait grande. L'hypothèse d'une fièvre typhoïde s'était présentée un moment à

mon esprit, mais je ne croyais pas devoir y insister, l'absence de diarrhée, d'épistaxis, d'éruption rubéolique et de manifestations vers l'appareil pulmonaire me semblaient devoir faire rejeter ce diagnostic que je ne pouvais pas, d'autre part, appuyer sur l'exploration de la région splénique, l'examen des urines, ou l'état de la température. Je ne pus, en effet, à aucun moment procéder à de semblables recherches à cause de l'agitation de la jeune malade.

Je commençais cependant à ne plus croire à l'existence d'une méningite tuberculeuse, vu l'absence du strabisme, des vomissements, du ralentissement du pouls, etc., et je me demandais s'il ne s'agissait pas,. en dernière analyse, d'un cas de délire aigu, affection dont l'étiologie est encore si mal connue, mais qu'on rencontre quelquefois chez des malades à prédisposition névropathique héréditaire. Or c'était bien le cas ici, car la mère de la malade était une hystérique, un de ses oncles était mort épileptique à vingt-cinq ans, et un de ses frères avait eu une chorée qui dura pendant près d'une année.

Il fut donc convenu qu'on consulterait un médecin aliéniste, d'autant que la malade devenait très difficile à surveiller et qu'il y avait peut-être péril à la garder dans le domicile commun à la famille.

Cependant nous étions arrivé au neuvième jour de cet état alarmant, et la malade ayant eu, depuis la veille, deux selles liquides spontanées qu'elle laissait aller sous elle, j'examinai le ventre de nouveau, et pour la première fois, je trouvai au niveau des attaches diaphragmatiques, cinq à six taches rosées, un peu pâles, mais présentant tous les caractères de la roséole typhique. En même temps la région iliaque droite était douloureuse et donnait naissance à la pression à du gargouillement très manifeste. Dès lors le diagnostic de fièvre typhoïde fut porté, et la consultation remise à quelques jours plus tard, si l'état cérébral ne s'amendait pas, car la famille restait un peu incrédule sur mon diagnostic.

A partir de ce moment, la dothiénentérie poursuivit son cours régulier : diarrhée, météorisme, légère congestion pulmonaire, dicrotisme du pouls, etc. Elle évolua ainsi jusque vers le 25 octobre, époque où l'apyrexie se montra manifestement.

Mais durant toute la période fébrile, l'état délirant de la jeune malade persista avec une ténacité incroyable, se systématisant, toujours autour de cette idée que sa famille voulait se débarrasser d'elle en la faisant mourir par le poison.

Peu à peu cependant, dès que la période apyrétique se fut prolongée de quelques jours, l'état cérébral devint meilleur et la jeune malade commença à supporter près d'elle la présence de ses parents; elle avait encore un peu de défiance parfois, mais le calme revint graduellement dans son esprit.

La convalescence fut longue, quoique sa marche n'ait été traversée par aucune complication. Enfin, dans la première semaine de décembre, la guérison fut définitive.

Depuis l'année 1887, j'ai eu l'occasion de revoir plusieurs fois la malade, son état mental est parfait. J'ai su seulement que, pendant plusieurs mois, son intelligence.et surtout sa mémoire était restées paresseuses.

Obs V. — Marie T..., couturière, âgée de vingt-quatre ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. le professeur Peter, salle Sainte-Adelaïde, n° 23, le 20 octobre 1876.

La malade pâle, très abattue, a l'air profondément triste, son regard est égaré. Aux premières questions que nous lui posons, elle nous dit qu'elle va mourir, que son âme est damnée et que les démons vont venir la chercher; d'ailleurs, elle est résignée à son sort, elle mérite un châtiment, car elle a déshonoré sa famille en empoisonnant son enfant. (Cet enfant âgé de deux ans est vivant et en parfaite santé.) Il est très difficile de la distraire de pareilles idées, et ce n'est que par une grande insistance que nous pouvons savoir que, résidant à Paris, depuis huit mois, elle est malade depuis dix jours, qu'elle souffre de céphalalgie frontale, avec étourdissements et bourdonnements d'oreille, qu'elle a perdu l'appétit et qu'elle a de la diarrhée. Ajoutons que le ventre est un peu ballonné, douloureux dans la fosse iliaque droite, qu'il présente des taches rosées lenticulaires au niveau des attaches diaphragmatiques, que la langue est sèche et tremblotante, enfin que la malade a eu une légère épistaxis. Rien au cœur ni aux poumons. Pouls 105. Températ. axillaire, 39 degrés.

Diagnostic : fièvre typhoïde.

Traitement : eau de Sedlitz, sulfate de quinine, potion de Todd, lavements, limonade vineuse, etc.

Le lendemain, la malade est très agitée, elle croit que son corps est tombé en pourriture, se plaint de l'odeur qu'elle exhale, dit qu'elle est devenue un objet de répulsion pour tout le monde ; elle veut qu'on la laisse mourir pour expier son crime. Le soir, vers six heures, entendant les cris d'une hystéro-épileptique dans une salle voisine, elle les prend pour des appels de démons, et voulant partir avec eux, elle quitte brusquement son lit et se dirige vers la porte de la salle ; c'est avec une certaine peine qu'on la fait recoucher. Pouls 120. Temp. axillaire, 39 degrés.

Plusieurs fois dans le courant de la nuit, malgré la surveillance dont elle est l'objet, elle parvient à quitter sont lit, et sort pour se rendre aux appels des démons. D'ailleurs, elle ne fait point de résistance violente ; elle se lamente et se plaint seulement qu'on ne veuille pas la laisser mourir.

Le 23 octobre, la malade, plus calme à la visite du matin, reprend son agitation à la tombée de la nuit ; elle parle toujours des diables qui l'appellent, de son enfant empoisonné ; de plus, elle prétend que tout ce qui l'entoure a une odeur de soufre. Temp. 38°,8. Pouls 100. Continuation du traitement.

Le 24. La malade est calme et très abattue. Elle est silencieuse et paraît en proie aux idées les plus sombres ; si on lui adresse la parole, elle se plaint de vives douleurs à la nuque. Vers neuf heures et demie, elle a quelques mouvements convulsifs de la face, avec un peu d'écume à la bouche.

Ventouses scarifiées à la nuque. Temp. 38°,6. Pouls 120.

Le 25. L'agitation est revenue. Bromure de potassium, 4 grammes.

Le 31. Pendant ces six jours, l'état de la malade ne s'est pas modifié ; elle a toujours les mêmes préoccupations : l'empoisonnement de son enfant et le châtiment qu'elle a mérité. Pendant un jour même, elle avait refusé de prendre toute nourriture. Temp. 38°,6.

1er novembre. Ce matin, pour la première fois, la malade est

très calme ; elle parle raisonnablement, et nous dit elle-même qu'elle a eu le cauchemar. Temp. 37°8. Le soir cependant, elle est inquiète, mais cette fois elle ne veut plus suivre le diable dont elle entend encore les cris, et, pour conjurer ses appels, elle s'entoure le bras d'un chapelet qu'elle a gardé ainsi pendant plusieurs jours.

Le 3. Le calme est tout à fait revenu ; la malade prend des aliments depuis deux jours. Temp. 37°,4. Elle se lève deux heures dans la journée.

Le 4. L'amélioration continue; la malade cause raisonnablement, il lui semble sortir d'un rêve; causant avec elle de sa famille, nous apprenons que jamais il n'y a eu d'aliénés parmi ses proches. Elle nous parle aussi de son enfant, qu'elle aime beaucoup, et qu'elle a laissé aux soins d'une parente. La malade paraît avoir un caractère très doux, presque timide ; elle conserve en parlant un air de mélancolie profonde.

Le 13. La malade, complètement guérie, et ayant repris peu à peu ses forces, part pour le Vésinet; elle nous remercie des soins que nous lui avons donnés et s'excuse du bruit qu'elle a fait quand elle avait des *visions*.

IV

M. le Dr Duponchel présente un malade à la Société ; chez ce soldat, la veine céphalique aux deux bras, la saphène interne aux deux membres inférieurs, et quelques-unes de leurs ramifications sont transformées en une sorte de cordon dur et résistant, qui, en quelques points, soulève la peau et fait un relief appréciable.

Le Dr Duponchel a déjà observé plusieurs fois le même phénomène chez des malades qui se plaignaient de douleurs dans les membres inférieurs, et qui présentaient des indurations des veines, surtout de la saphène interne, indurations douloureuses.

La nature exacte de la lésion n'est pas encore connue ; est-ce une périphlébite comme l'insinue le Dr Hayem?

Dr Marc Jousset.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HOMŒOPATHIE.

TRAITEMENT DU ZONA.

Le Dr Piedvache dit que les médicaments efficaces dans le traitement du zona sont ceux qui produisent chez l'homme sain la névralgie et une éruption analogue ; pour quelques-uns même les vésicules d'herpès sont disposées comme dans le zona.

Le *rhus tox.* est le médicament qui lui a le plus souvent réussi ; le Dr R. Hughes fait la même remarque ; c'est parce que c'est le médicament qui couvre le mieux les symptômes du zona. Il produit les douleurs cutanées pruriantes et brûlantes, aggravées la nuit, les vésicules d'herpès même limitées à un seul côté du corps. L'*arsenic* est indiqué par l'aggravation nocturne, et lorsque la douleur est soulagée par les applications chaudes. *Ranunculus bulb.* produit la névralgie et l'éruption de vésicules bleuâtres, puis noires lorsque les croûtes se forment ; éruption qui récidive. Le siège au front et à la région intercostale indique ce médicament ; il convient lorsque la douleur est plus forte le matin et le soir.

Le *causticum* est moins employé, il a une réputation méritée et est en rapport avec des douleurs pruriantes, agitation nocturne et impossibilité de trouver une position. Les caractéristiques de *graphites* sont difficiles à indiquer, cependant la clinique de Roth contient deux observations

où son emploi a été favorable. Le *mezereum* serait indiqué, d'après R. Hughes, lorsqu'il y a un violent prurit et aggravation par la chaleur; *cantharis* a des indications analogues.

L'*oxyde de carbone* est signalé par les Américains comme produisant dans les symptômes consécutifs aux empoisonnements des éruptions de zona et de pemphygus, avec sensation brûlante et névralgie consécutive.

Le Dr Vincent Léon Simon a fait quelques recherches qui concordent avec celles du Dr Piedvache ; il a été heureux dans le traitement du zona et n'a jamais observé de névralgie très rebelle. Il a observé dernièrement un phénomène curieux chez un de ses malades qui a présenté une plaque unique de zona sur l'avant-bras, sans aucune douleur.

Certains médicaments, qui paraissent bien indiqués par les éruptions qu'ils produisent, le *tartarus emet* et le *thuya*, semblent avoir été passés sous silence. Le *rhus* et l'*arsenic*, réussissant d'ordinaire assez vite, on n'a pas besoin d'autres médicaments. Les travaux des allopathes ont démontré que l'arsenic produisait le zona.

Le *kalmia latifolia* convient dans la névralgie faciale rebelle consécutive au zona ; comme il produit des symptômes de névralgie oculaire, il pourrait être donné dans le zona ophthalmique. Le *prunus spinosa* est indiqué lorsque la névralgie siège à la région temporale. Le *mezereum* est surtout en rapport avec la période éruptive. *Dolichos* est indiqué en termes généraux dans le zona par Héring; il produirait l'éruption du zona dans le creux axillaire, tandis que le *causticum* produit l'éruption à la paroi thoracique et le *graphite* à la région abdominale. La

coloquinte réussit bien dans la névralgie sciatique consécutive au zona.

Le Dr James Love lit une lettre d'un médecin belge, le Dr van den Berghe, de Gand, qui signale le *prunus spinosa* comme un médicament de premier ordre dans le traitement du zona ; il dit que lui et ses confrères du cercle médical des Flandres se sont bien trouvés de ce médicament à la trentième dilution.

Le Dr Love signale qu'il a employé ce médicament avec succès à la douzième dilution dans un cas de zona siégeant à l'épaule gauche et sur la paroi thoracique gauche.

Le Dr P. Jousset croit que si les localisations de la douleur et les caractères de l'éruption sont très importants au point de vue thérapeutique, il y a autre chose à considérer ; il ne faut pas oublier que le zona est toujours une affection symptomatique, et c'est ce qui explique que certains zonas ne s'accompagnent pas de douleurs, tandis que d'autres sont très douloureux ; que d'autres, enfin, présentent de la gangrène et des hémorrhagies. Pour juger de la valeur des médicaments, il faut tenir compte de ces différentes conditions.

Le zona survient chez les scrofuleux, les goutteux et les diabétiques ; chez les scrofuleux, il est peu ou pas douloureux, limité en quelque sorte à l'éruption ; chez les goutteux, il est précédé, accompagné et surtout suivi par des névralgies, quelquefois très rebelles ; dans ces cas, la névralgie est la partie la plus importante au point de vue thérapeutique, l'éruption guérit seule et sert seulement à préciser l'indication du médicament ; chez les diabétiques, le zona peut présenter des hémorrhagies et de la gangrène, des ulcérations longues à se cicatriser et des douleurs ordinairement moindres que chez les goutteux. Il

ajoute que ces distinctions permettent de juger la valeur d'action d'un médicament, mais que les médicaments sont indiqués plus par les caractères des douleurs et de l'éruption que par la connaissance de la variété que l'on a à traiter.

A propos de *thuya*, dont a parlé M. Léon Simon fils, les élèves de Tessier ont toujours employé ce médicament dans le traitement des névralgies rebelles, liées ou non au zona.

Le D^r James Love a vu beaucoup de zona chez les enfants; ils étaient peu douloureux et l'indication principale était tirée de la vésicule; le *rhus* a toujours parfaitement réussi. Dans le plus grand nombre de cas, il s'agissait d'enfants scrofuleux.

Le D^r Marc Jousset présente seulement deux observations : la première, c'est que le D^r Imbert-Gourbeyre a publié dans l'*Art médical* un travail important sur les indications de l'arsenic dans le traitement du zona, travail dans lequel il a rapporté un certain nombre d'observations de zona consécutifs à l'emploi de l'arsenic; la seconde, c'est qu'il a présenté au Congrès l'observation d'une dame diabétique atteinte d'un zona avec douleurs névralgiques, existant presqu'exclusivement la nuit et empêchant la malade de rester au lit; le *rhus* et l'*arsenic* avaient été insuffisants pour améliorer cette névralgie, que la *caféine* fit rapidement et complètement disparaître.

Le D^r Chancerel rappelle un médicament qui n'a pas été signalé par les orateurs précédents et qui lui a rendu de grands services, surtout chez les sujets herpétiques ou ayant des antécédents syphilitiques; lorsque la douleur était plus forte la nuit, c'est le *mercurius solubilis*.

Le D^r Leboucher signale la *kosmoline* dont Hale aurait

obtenu de bons résultats, mais dont il n'existe pas de pathogénésie.

Le Dr Parenteau dit que le zona ophthalmique est très rare, qu'il n'en a observé que cinq cas pendant qu'il était chef de clinique du Dr Abadie, et quatre cas dans sa pratique privée. Le zona ophthalmique est souvent grave, car lorsque les vésicules d'herpès existent sur la cornée, elles peuvent l'ulcérer et la perforer. Des quatre cas qu'il a observés, un ne présentait que de la conjonctivite sans lésion cornéenne, un second se présenta à lui dans un état très avancé avec ulcération de la cornée, et se termina par l'atrophie du globe oculaire. Les deux autres cas présentaient des vésicules sur la cornée, le premier fut suivi d'une tache persistante ayant nécessité une iridectomie consécutive, le second se termina par guérison complète; dans ce dernier cas, le traitement avait consisté dans l'emploi d'*apium virus* et d'*ipéca*, de compresses chaudes deux ou trois fois par jour et surtout dans l'application d'un bandeau qui a mis complètement l'œil à l'abri de l'air extérieur.

Le Dr Léon Simon a observé deux cas de zona ophthalmique : le premier a été malheureux et s'est terminé par la fonte de l'œil; le second se rapportait à une dame de 60 ans, maladie de cœur et arthritisme, qui eut un zona occupant le côté droit de la tête et étendu à l'œil; lorsqu'il la vit, il n'y avait plus que des cicatrices du front et trois pustules sur le bord de la cornée; *rhus* et *arsenic* amenèrent un grand mieux; mais la malade sortit et il revint de la conjonctivite avec troubles de la vue; *belladona* et *mercurius solubilis* l'ont soulagé.

Au point de vue du traitement général du zona, on peut dire que tantôt on observe les malades dès le début

de leur maladie, tantôt lorsqu'ils sont atteints de névralgies consécutives invétérées; dans le premier cas, le Dr Léon Simon n'a jamais observé de névralgie vraiment persistante : *rhus* et *arsenic*, *sulfur* chez les scrofuleux, puis, plus tard, *solubilis* et même *thuya* lui ont suffi ; dans le second cas, surtout chez les arthritiques, on doit avouer qu'on arrive à soulager, mais difficilement à guérir.

La discussion sur le traitement du zona étant terminée, le Dr Chancerel rapporte l'histoire d'un de ses malades pour préciser l'indication de *stramonium* dans le traitement de la pneumonie. Il avait déjà signalé les bons effets de ce médicament contre les symptômes d'ataxie et de délire qui survenaient chez les pneumoniques dans le cours de la grippe. Voici son observation actuelle :

Dans ces derniers temps, il a soigné une pneumonie franche chez un homme de bureau, de bonne santé antérieure. Il lui trouva au début 112 pulsations et les symptômes caractéristiques de la pneumonie : *bryone*. Le lendemain, subdélire, malade fantasque, remuant ; le pouls était déprimé, 64 : *bryone* et *stramonium* alternés. Le surlendemain, le malade était mieux au point de vue cérébral, mais le pouls n'était plus qu'à 56; *phosphore*, *lycopode* et *sulfur* achevèrent la guérison.

Nunez avait signalé l'emploi de stramonium dans les pneumonies graves avec ataxie et délire.

Le Dr P. Jousset fait remarquer que le délire dans les fièvres continues et éruptives et dans la pneumonie est traité depuis longtemps par les solanées par tous les homœopathes ; il faut seulement préciser dans quels cas l'un ou l'autre de ces médicaments est indiqué, ce qui pourrait être le sujet d'une discussion ultérieure intéressante. Quant au cas du Dr Chancerel, le petit nombre des pulsa-

tions est remarquable, et s'il y avait en même temps élévation thermique, ce qui n'a malheureusement pas été constaté, on aurait une manifestation de ce désaccord entre les symptômes auquel les anciens ont donné le nom d'*ataxie*. D^r Marc JOUSSET.

BANQUET ANNIVERSAIRE

DE LA

NAISSANCE D'HAHNEMANN

Cette année, le banquet traditionnel du 10 avril, jour anniversaire de la naissance d'Hahnemann, a eu lieu à la date exacte dans le grand salon du restaurant Marguerie, boulevard Poissonnière.

La plupart des médecins de Paris, quelques confrères de province et quelques représentants de la presse assistaient au banquet. Ces derniers nous ont fait le lendemain l'honneur de comptes rendus sympathiques dont nous ne saurions trop les remercier.

Comme toujours le banquet s'est terminé par un certain nombre de toasts que nous reproduisons in extenso,

D^r LEBOUCHER

président de la Société française d'homœopathie

à Hahnemann!

Messieurs,

Nous fêtons aujourd'hui le 135^e anniversaire de la naissance de Hahnemann. Je ne puis vous parler ni de ses travaux, ni de son œuvre, tout cela vous est familier. Né

pauvre, les malheurs et les chagrins ne lui furent pas épargnés; mais son génie jaillit de cette dure situation, comme certaines plantes placées dans un terrain propice s'élancent avec vigueur vers le soleil. C'est ainsi que notre savant prenait son essor pour les siècles futurs. J'ose parler ainsi, Messieurs, parce que vos études sérieuses de la doctrine du grand maître vous ont appris combien il y a de profondeur et d'avenir dans la découverte merveilleuse de ce fin et sagace observateur; car, ne nous le dissimulons pas, nous ne sommes qu'à l'aurore des bienfaits que doit produire cette grande découverte de la loi des semblables et de l'individualisation. Et le véritable progrès consistera toujours à les développer et à les mettre de plus en plus en évidence.

Est-il bien sûr, Messieurs, que cette grande loi du *similia similibus* doive se borner uniquement à ses applications à l'art médical? Ne croyez-vous pas qu'un jour on pourra l'invoquer pour les besoins de certaines exigences sociales? Mais vous trouvez déjà que je vais trop vite et trop loin. Je n'insiste pas et je laisse ce sujet à vos libres réflexions individuelles.

Il convient mieux aujourd'hui de faire observer l'immense écart qui sépare la doctrine de Hahnemann de toutes celles qui l'ont précédée. La plupart n'ont été qu'éphémères, parce que si, le plus souvent, c'étaient des conceptions de génie, elles pêchaient toutes par l'essentiel, elles n'embrassaient pas l'ensemble des phénomènes de la thérapeutique; elles n'étaient que des systèmes plus ou moins physiologiquement conçus. Par exemple l'œuvre de Broussais, un des derniers grands généralisateurs dont il serait malséant de nier le génie; quel enthousiasme ne soulevèrent pas ses théories! On disait volontiers: c'est

ainsi qu'on marche à la postérité! mais quelle chute lourde et rapide à faire souvenir d'Icare.

Cependant, Messieurs, le nom de Broussais, restera plus grand que celui de bien d'autres, plus grand surtout par le rare exemple de justice et de grandeur d'âme. Lui, si naturellement fier et entier, n'hésita pas quand on lui eut démontré la vérité de la conception médicale nouvelle. Il faut un grand esprit pour accomplir un si grand acte.

Aucune déchéance pareille ne menace l'œuvre dont nous préconisons aujourd'hui l'auteur; car il n'a pas saisi l'occasion d'une grande systématisation; il a reconnu, vérifié et proclamé une loi de la nature. Loi qui ressemble beaucoup par ses conséquences, et par sa netteté, à la formule de Newton sur l'attraction. Serait-ce un point de départ qui permettra plus tard à la médecine de revendiquer une place dans l'application des lois de l'harmonie et de l'exactitude mathématique? L'œuvre de Dieu éclate partout dans ces deux conditions, et que de fois n'a-t-on pas dit : « Tout est nombre et il n'y a rien dans l'univers sans la géométrie. » Mais n'insistons pas, le temps et les successeurs ne nous ferons pas défaut.

C'est dans ces espérances, Messieurs, persuadé que je suis votre humble interprète et que je trouve en vous un puissant écho, c'est dans un élan d'hommage à la vérité que je vous propose de boire à la gloire immortelle de Hahnemann.

D^r^ Léon Simon père.

Messieurs,

Notre aimable président nous disait tout à l'heure que nous nous trouvions réunis en un jour de fête, puisque

nous venions, par notre présence, rappeler la naissance d'un homme de génie, qui sut doter la médecine d'une loi et d'une méthode, auxquelles il faut ajouter une doctrine.

En pareille occurence il est d'usage, vous le savez, de préparer un bouquet, ce bouquet dût-il être déposé sur une tombe. C'est ce que je voudrais faire.

Au centre de ce bouquet. je placerai les deux hôpitaux que les médecins de Paris ont fondés avec leurs seules ressources et auxquels ils ont ensuite intéressé la plupart de leurs amis. L'un d'eux, l'hôpital Hahnemann, achève aujourd'hui sa vingtième année. Inauguré le 10 avril 1870 par le Dr Davet, entouré des Drs Chancerel père, Serrand père et de tous les médecins rédacteurs de l'Hahnemannisme, il était quelques mois plus tard placé en tête des ambulances du XVIIe arrondissement. Si l'hôpital Saint-Jacques n'ouvrit point alors ses portes, c'est qu'il lui fallait compter avec les difficultés d'une première installation et les malheurs de la patrie.

Aujourd'hui, ces deux établissements sont reconnus d'utilité publique; l'un placé sur la rive droite, l'autre sur la rive gauche de ce fleuve dont les bords, paraît-il, étaient formés autrefois par des prés fleuris. Ils essaient de faire le plus de bien possible. Il n'existe entre eux aucune rivalité ; ce sont deux amis, deux bons camarades qui se proposent uniquement de montrer, par les résultats de la pratique, la valeur de l'homœopathie.

Autour de nos hôpitaux je placerai, si vous le permettez, le Congrès de 1889, d'abord en raison du vernis officiel qui lui a été donné. Certes, Messieurs, vous n'ignorez pas qu'à l'instar de tous les Français, nous sommes épris de la liberté. Ce mot est gravé dans nos cœurs, écrit sur tous nos murs.

Cela n'empêche pas que si l'une de nos œuvres, conçue au nom de la liberté scientifique, reçoit une petite consécration gouvernementale, celle-ci flatte notre amour-propre et nous assure quelques avantages. C'est ce qui est arrivé au Congrès. Celui-ci a été placé au nombre de ceux que le ministre organisait, les membres de la commission préparatoire ont reçu une consécration officielle, les séances ont été tenues au Trocadéro.

Tout cela avait son importance, et cependant si je place le Congrès dans mon bouquet, c'est bien plus encore parce qu'il a réuni un grand nombre de médecins homœopathes français et étrangers, et surtout parce que les principes fondamentaux de l'homœopathie ont reçu une consécration éclatante par les discussions qui ont eu lieu. La loi des semblables a été plus que jamais considérée comme le pivot de la thérapeutique, la nécessité de l'expérimentation des médicaments sur l'homme sain, celle de l'étude assidue de la matière médicale, l'emploi des doses infinitésimales, le maintien de la monopharmacie si courageusement proclamée par Hahnemann, ont été défendus et affirmés. Comme toutes ces vérités sont celles que nous appliquons dans nos hôpitaux, rien n'est plus naturel. vous en conviendrez, que de donner au Congrès la place que je lui assigne.

En troisième lieu et pour former une nouvelle ligne de circumvallation, je mettrai la Société française d'homœopathie. Il y a peu de temps encore Paris comptait deux sociétés homœopathiques : la Société médicale homœopathique de France et la Société hahnemannienne fédérative ; actuellement nous ne formons plus qu'un groupe qui a reçu du Congrès la mission d'élucider d'importants pro-

blèmes pour la solution desquels la réunion de toutes nos bonnes volontés ne sera pas inutile.

Voilà mon bouquet, Messieurs. Tel qu'il est, je tiens à le remettre en mains sûres, je le confierai donc à nos doyens : d'abord à notre cher président, que nous sommes heureux de retrouver près de nous.

Vous le savez, lorsqu'une famille a tremblé pour un ami qui lui est cher, son allégresse n'a plus de bornes quand elle le retrouve assis à sa table. C'est ce qui nous arrive, à moi peut-être plus encore, car il s'agit d'une amitié qui compte plus d'un demi-siècle, ce qui ne nous rajeunit guère, mais dont la durée affirme la fidélité.

Le Dr Leboucher m'approuvera, j'en suis certain, de lui donner un aide en la personne d'un médecin dévoué, chez lequel l'expérience a couronné d'incessants travaux, dont la fidélité à l'enseignement hahnemannien est connue de tous, dont le dévouement à la bonne cause ne connaît pas de limites, vous avez nommé le Dr Chargé.

Enfin, Messieurs, il faut à un bouquet un ruban qui en retienne toutes les fleurs. Ce ruban, nous le possédons ; il porte l'image d'une multitude d'enfants qui viennent demander leur guérison à l'homœopathie en venant encombrer les salles de l'asile Alix-Love. Cet asile a été fondé par notre confrère, James Love, et cependant ce n'est point à celui-ci, mais à son excellent père, que je veux faire appel, car j'aurai alors le bonheur de confier mon bouquet à un camarade auprès duquel s'est écoulée ma carrière déjà longue.

Et maintenant que je suis absolument rassuré sur la défense de mon œuvre, je vous demanderai, Messieurs, de vous joindre à nos doyens et de boire avec eux et avec moi AU TRIOMPHE DE L'HOMŒOPATHIE.

M. P. JOUSSET.

Messieurs,

L'heureux événement qui a permis la fusion de la Société Hahnemannienne et de la Société Homœopathique de France, m'a inspiré ce toast :

J'appelle cette fusion un heureux événement, parce qu'elle réunit en un seul faisceau tous les élèves de Hahnemann.

Si je porte un toast à la conciliation, c'est donc qu'il y a des causes de dissentiments entre les médecins homœopathes, et c'est pour travailler à l'extinction de ces dissentiments que je crois utile d'exposer, dans cette réunion fraternelle, les caractères que doivent présenter les réformes et les progrès en homœopathie.

C'est d'abord le respect absolu de la méthode expérimentale, c'est ensuite la conservation des trois grandes vérités sur lesquelles Hahnemann a basé sa réforme : la matière médicale pure, la loi de similitude, et les doses infinitésimales.

Il y a deux causes principales de dissentiments entre les médecins homœopathes : l'adjonction des médications palliatives et adjuvantes, la prescription des doses pondérables.

La médication palliative est justifiée par ce fait qu'il existe des maladies incurables, et que nous devons obéir à ce précepte traditionnel : quand le médecin ne peut guérir il doit soulager.

L'adjonction des médications, que Richard Hughes appelle si judicieusement *adjuvantes*, est justifiée par le bon sens clinique qui enseigne à utiliser tous les moyens

de guérison, mais, pour être légitimes, il faut que ces médications adjuvantes soient hiérarchisées, c'est-à-dire placées à la suite de la médication homœopathique, et qu'elles s'harmonisent avec elle.

La prescription de doses pondérables a été imposée, même à Hahnemann, dans quelques cas particuliers par l'observation clinique, mais, aujourd'hui, ces doses pondérables trouvent leur justification dans une étude plus approfondie de *la matière médicale pure.*

En effet, il est incontestable que les médicaments produisent chez l'homme sain deux effets opposés suivant qu'on les administre à petite ou à forte dose. Le même médicament serait donc à la fois semblable et contraire; comment alors appliquer *notre grande loi de similitude?*

En appliquant les petites doses aux états morbides analogues à ceux produits par les petites doses du médicament chez l'homme sain, et en prescrivant de fortes doses contre les états morbides analogues à ceux produits chez l'homme sain par les fortes doses du médicament. En un mot, il faut prescrire le médicament à la dose où il est homœopathique à l'état qu'il s'agit de combattre.

C'est donc l'étude de la matière médicale expérimentale et les faits cliniques qui justifient, dans des cas déterminés, la prescription des doses pondérables.

C'est la méthode expérimentale si chère à Hahnemann qui a enfanté ce progrès et entraîné notre conviction; qui sommes-nous, en effet, pour dire à la méthode expérimentale : Tu n'iras pas plus loin, et au progrès : Tu t'arrêteras à ce point?

Messieurs,

Si les réformes proposées sont respectueuses de l'esprit

même des enseignements de Hahnemann, et si elles conservent avec un soin jaloux les grandes vérités acquises par le Maître, toutes causes de dissentiments doivent disparaître entre les médecins homœopathes, et il me semble que rien ne s'oppose à ce que, la main dans la main, nous buvions ensemble *à la Conciliation.*

Le Dr James Love, secrétaire général, donne lecture de la dépêche suivante, qu'il vient de recevoir au restaurant même.

P Marseille 814 47 10 2 *h.* 40 *s.*

« Les médecins homœopathes marseillais réunis pour fêter l'anniversaire de la naissance de Hahnemann, adressent à leurs confrères parisiens l'expression de leur sympathique attachement et s'unissent de cœur pour célébrer le triomphe de la vérité.

Le Président du banquet homœopathique ».

Dr PIEDVACHE,

L'occasion m'est offerte de porter un toast aux *médecins homœopathes de province*, en retournant à nos confrères de Marseille nos vœux et nos sincères remercîments pour leur sympathique adhésion, si précieuse à nos cœurs, et en assurant les présents comme les absents en général, de la joie que nous éprouvons de notre union dans la vérité hahnemannienne. Je n'ai qu'à regarder à ma droite pour apercevoir l'aimable profil de notre ami Conqueret. Mais est-il bien de la province? A vrai dire, il est tout à fait des nôtres et plus qu'à demi parisien. De l'autre côté, je découvre M. Malapert du Peux. Dans quelques jours, coiffé du bonnet doctoral tout battant

neuf, il va aller seconder, à Lille, son vénéré et distingué père, lequel a porté si haut, dans le nord, le drapeau de l'homœopathie; et le fils sera digne du père, c'est tout dire.

Qu'ajouterai-je, sinon que, si les médecins homœopathes des départements ne sont pas plus abondamment représentés autour de cette table, la faute en est seulement à leur rude labeur, à l'impossibilité où, dans leur isolement, ils sont le plus souvent de se faire remplacer pour la plus courte absence? Ayant été longtemps des leurs, je sais à quel point leur tâche est pénible et méritoire. En buvant à leur santé, nous leur envoyons nos félicitations et nos encouragements.

Dr V. LÉON SIMON.

Messieurs,

Un jour l'aigle dit au chêne :

« Chêne, ancêtre des bois, colosse des pelouses,
Je ne sais vraiment pas pourquoi tu me jalouses.
Parce que tu me vois un peu quitter le sol,
Et m'agiter, cela te fait l'effet d'un vol.
Tu dis : « Il va ! » Mais où ? Quel idéal m'invite ?
Quel bonheur espéré me fait courir vite ?
Dans l'espace sans borne où je parais lâché,
En six mille ans, quel est le but que j'ai touché ?
Quel chemin m'a conduit à de nouveaux usages ?
Qu'est-ce que j'ai de plus que l'aigle des vieux âges,
Et qu'est-ce que ma race aura de plus que moi ?
Que de fois, dans le bleu de l'air ou dans l'émoi
Des nuages tonnants, tandis que tu m'envies,
Sentant crier en moi des faims inassouvies,
Mon vol humilié réfléchit tristement,
A l'immobilité de tout son mouvement !

Et que de fois, après une course enragée,
Où j'ai voulu trouer le ciel, découragée,
Mon aile misérable et collée à mon flanc,
Me laisse retomber jusqu'au haut du Mont Blanc!
J'en suis, après vingt ans de lutte et de colère,
Au point où j'en étais avant de quitter l'aire,
Où, dans un jour mauvais, ma mère m'a couvé;
Je n'étais pas parti que j'étais arrivé.
Nous sommes, je ne sais par quel sombre anathème,
A perpétuité condamnés à nous-même.
Aujourd'hui nous rabâche hier et le ramier
Sera, le dernier jour, ce qu'il fut le premier.

. . . .

Et je traverserai les cieux sans faire un pas.
Apparences d'essors que l'azur semble attendre,
Et qui ne le touchons que pour en descendre,
Nous ne vivons pas plus que le bois ou le grès.
Le véritable nom de la vie est *Progrès.*
C'est l'homme qui vit car l'homme seul progresse.
Pourquoi ? Parce qu'il a la puissance maîtresse,
La parole ! Non pas le bruit que nous faisons,
Toi quand le vent emplit tes rameaux de frissons,
Moi quand mon cri répond au cri de la tempête,
Mais la parole énorme et que l'encre répète,
Et qui par le grand Faust va s'immortalisant.
L'homme d'autrefois parle à l'homme d'à présent,
Et la race existente à la race future.
Les mots, par cette immence et suprême écriture,
Prennent possession de l'espace et du temps.
Et personne ne meurt, et tous s'en vont contents,
Léguant leur vie au monde, et sans cesse tout change,
Tout augmente et l'enfant, héritier dès son lange,
De tout ce qui s'est fait, écrit, dit, chuchoté,
Dans sa goutte de lait tette l'humanité.
Et le marmot qui bave a cent milliards d'âmes.
Et toujours s'accroissant de nouveaux amalgames,
D'hier dans aujourd'hui, d'aujourd'hui dans demain,

Prenant des horizons avec sa grande main,
Pour flèche ayant le rêve et l'infini pour cible,
Et sur le chimérique abattant l'impossible,
Celui qui parle, et qui dès lors est immortel,
S'emparera d'abord du monde, après du ciel ! (1)

Maintenant, Messieurs, vous me permettrez de commenter les discours des aigles, quoique je n'en sois pas un et de vous demander si les paroles qui précèdent ne s'appliquent pas admirablement à la médecine. N'y reconnaissez-vous pas d'une part l'image de la médecine avant Hahnemann et mieux encore de la médecine sans Hahnemann ? Ne croyez-vous pas entendre les cris d'une faim inassouvie, aspirations impuissantes vers la perfection qu'ils entrevoient et qu'ils ont conscience de ne pouvoir atteindre ? Aussi à la vue des résultats de leurs efforts n'ont ils pas laissé cent fois échapper cet aveu : « En six mille ans, quel est le but que j'ai touché ? »

D'autre part, l'homœopathie vit et progresse parce qu'elle a la puissance maîtresse, une doctrine ! Doctrine établie sur les faits, véritable code de lois exprimées en termes simples et facilement intelligibles. Soutenus par ces lois, nous pouvons prendre notre essor vers de nouvelles découvertes. Elles nous donnent la raison des succès obtenus par nos devanciers depuis les premiers âges du monde et les moyens d'obtenir nous-mêmes d'autres succès. Ainsi les homœopathes d'autrefois parlèrent aux homœopathes d'à présent, les homœopathes d'à présent parlent à ceux de demain et ceux de demain parleront à ceux d'après-demain. Tradition et progrès ! Dans l'association de ces deux mots se résume, si je ne me trompe, l'enseignement que nous devons tirer de l'apologue du poète. Pas

(1) Vacquerie.

de progrès sans tradition, parce que l'un repose sur l'autre, l'un ne peut se passer de l'autre. Mais les deux réunis nous conduiront à la conquête du monde, peut-être même à la réalisation du chimérique et de l'impossible.

C'est à cet avenir que je bois, Messieurs : AU PROGRÈS DE L'HOMŒOPATHIE PAR LE RESPECT DE LA TRADITION !

Le Dr Conan empêché, envoie le toast suivant qu'il aurait prononcé s'il avait pu assister au banquet.

Messieurs,

Je porte un toast à la grande mémoire d'Hahnemann, à son œuvre immortelle, à la double loi de similitude et d'analogie (Homo-Homœopathie) destinée, par l'universalité de son application, à réaliser la solution du problème auquel nous travaillons tous : guérir. Je bois à la propagation de sa méthode, à la formation de nombreux disciples pour remplacer ceux qui nous ont été enlevés, et parmi ceux-là, permettez-moi de saluer spécialement d'un souvenir respectueux et reconnaissant l'un de nous, Ozanam. Quel que soit le jugement que l'avenir portera sur lui, nous sommes tous unanimes à reconnaître son labeur énorme, son érudition rare et un courage peu commun à braver le ridicule, à affirmer, à afficher même sa foi scientifique et religieuse. Je ne puis oublier qu'il a, le premier, présenté à la Société homœopathique mes premiers travaux et qu'il l'a fait seulement après un examen approfondi et minutieux. Je ne puis oublier ces soirées de la rue d'Assas où, le microscope en main, j'ai pu lui donner la preuve des faits que j'avais avancés.

Je bois de nouveau à la gloire d'Hahnemann et je sou-

haite, Messieurs, que nous ayons de nombreux confrères et lui de nouveaux disciples de la valeur d'Ozanam.

D^r James Love

Messieurs,

Je vous demande la permission de porter un toast à la presse, dont nous comptons ce soir, quelques représentants parmi nous. La presse, politique tout au moins, a toujours été fort aimable pour l'homœopathie, et je crois être l'interprète de tous mes confrères, en lui adressant dans la personne de ses membres présents ici, tous nos remerciements les plus sincères.

BIBLIOGRAPHIE

Le lait et le régime lacté. — Thèse inaugurale, par le D^r Gaston Malapert du Peux (de Lille), 1890.

Si notre jeune confrère n'avait voulu que prouver que l'on peut donner à un sujet banal le plus vif intérêt, il aurait déjà atteint son but. Il a fait plus, en nous donnant une œuvre utile et des considérations neuves sur un sujet qui semblait rebattu. Non seulement donc il y a mis de l'art, mais il y a apporté une vraie science. Artiste et savant à la fois : n'est-ce pas tout le médecin ?

En fait, c'est le premier bon *travail d'ensemble* que nous pouvons lire sur toutes les parties de ce vaste sujet.

Dans une première partie, étude du lait au point de vue physique, chimique, physiologique et biologique. La seconde partie est consacrée au régime lacté, et c'est presque une nouveauté de le voir envisagé sous toutes ses

faces dans ces trois groupes : le lait chez l'enfant ; le lait à l'âge moyen de la vie, ou régime lacté chez les malades ; le lait chez les vieillards, régime lacté obligatoire. Ce dernier chapitre est sans doute moins utile à distinguer et deviendrait facilement une courte annexe du second. Peut-être même la distinction des deux premières gagnerait-elle en clarté à conserver ses anciens noms consacrés par l'usage : allaitement et régime lacté ? Ces remarques, aussi bien, sont de peu d'importance, le mérite consistant ici à grouper tous les usages du lait.

La partie chimique est traitée avec un grand soin, ainsi que les falsifications du lait, les différences de sa composition dans la série animale. On ne trouvera nulle part de renseignements plus complets sur les différences individuelles, l'influence de la race, de la constitution, de l'âge et de la multiparité, d'une gestation intercurrente, de la menstruation, de l'âge du lait, le rôle de l'alimentation, du genre de vie, des maladies. Le lait peut-il transmettre la syphilis ? Les renseignements sont contradictoires.

Signalons, en passant, une question traitée ici avec des détails très précis : celle du lait considéré comme véhicule des médicaments et des poisons ; tout le monde y trouvera profit.

La physiologie de la digestion du lait est bien étudiée. Voyez cependant comme l'actualité est chose fugitive en matière scientifique. En même temps que la thèse de notre jeune ami paraissait dans les *Archives de physiologie* de Brown-Séquard, un mémoire d'Arthus et de Pagès sur la coagulabilité du lait dans l'estomac. Il en résulte qu'on ne peut plus l'attribuer aux acides du suc gastrique. La coagulation est préparée par une transformation de la caséine en deux substances au moins, sous l'influence d'un

ferment digestif gastrique de la caséine, auquel on a donné le nom bizarre de *lab*; puis, la caséine, ainsi transformée, est précipitée par les sels de chaux du lait, en particulier par le phosphate. On peut supposer que cette connaissance entraînera quelques conséquences pratiques alimentaires.

Après cette longue étude préparatoire, il devenait plus facile à M. Malapert du Peux de déduire les indications du régime lacté, exclusif ou mixte, et il s'est acquitté de cette tâche en clinicien. Nous renvoyons principalement le lecteur aux paragraphes qui traitent des maladies du tube digestif, des néphrites. La part faite au régime lacté dans la phthisie n'est certainement pas suffisante ; mais nous ne doutons pas que la pratique civile doive augmenter plus tard, aux yeux de notre confrère, l'importance du lait dans la diététique des tuberculeux. Quant à l'action diurétique du lait, nous ne pouvons que le louer d'avoir fait des réserves sur les agents et sur le mécanisme de cette action. Il s'en faut de beaucoup qu'on puisse substituer la lactose au lait, comme l'a prétendu M. Germain Sée.

Pour nous résumer, nous répéterons au lecteur : ceci est un bon et utile travail ; non pas une compilation quelconque, mais un tableau d'ensemble précis et complet, où la physiologie est contrôlée par la clinique avec critique et discernement. Le style est excellent. C'est pourquoi il ne nous semble pas téméraire d'entrevoir, pour notre école, une plume et une personnalité. D^{r} H. PIEDVACHE.

COMPTE RENDU DU CONGRÈS INTERNATIONAL D'HOMŒOPATHIE DE 1889.

Le compte rendu du Congrès homœopathique tenu en août dernier au palais du Trocadéro, vient de paraître (1) ;

(1) J.-B. Baillière, in-8, 4 fr.

on trouvera dans ce volume, non seulement les procès-verbaux aussi complets que possible des séances du Congrès, avec les mémoires qui y ont été discutés, mais aussi les mémoires envoyés, et que l'absence de leurs auteurs a empêché de trop discuter.

RAPPORT SUR LA MARCHE DE L'ÉPIDÉMIE DE GRIPPE DANS LA SEINE-INFÉRIEURE, par le Dr RAOUL BRUNON.

La Société de médecine de Rouen a chargé une commission d'étudier la marche de la grippe dans le département de la Seine-Inférieure, c'est au nom de cette commission que le Dr Brunon a fait le rapport (1) que nous analysons en ce moment. Ce rapport touche à tous les points de la question : origine de l'épidémie, sa marche, ses caractères, ses complications, son traitement, sa nature ; nous ne voulons rapporter ici que quelques remarques intéressantes, et surtout nous occuper de la question de la contagion de la grippe, question que nos confrères de province, surtout ceux qui exercent dans de petites localités, sont plus à même que nous de juger. Sur les 75 médecins interrogés à ce sujet, 58 ont répondu par l'affirmative, 8 par la négative, et 9 sont restés dans le doute. Dans les faits à l'appui de ces opinions, nous citerons les principaux : en faveur de la non contagion, le Dr Douvre cite que 85 employés de l'octroi de Rouen ayant été atteints de la grippe, 14 femmes et 5 enfants seulement ont eu la maladie ; les faits en faveur de la contagion sont plus probants : un homme, habitant dans une maison isolée dans une forêt, gagna la grippe de sa fille qui était en service à Rouen, et qui en rapporta la maladie ; au collège de

(1) Rouen, imp. Deshays et Cie.

Dieppe, 30 0/0 des enfants furent atteints en quatre jours ; à la prison de Rouen, sur 900 habitants, il y a eu très peu de cas de grippe. La marche de l'épidémie est aussi en faveur de la contagion : « Rouen a été contaminé après les points intermédiaires qui le séparent de Paris, Vernon, par exemple ; le Havre a eu sa garnison atteinte à peu près en même temps que Rouen, ce qui s'explique par l'énorme quantité de voyageurs qui, chaque jour, partent de Paris pour ces deux villes.

« Des grands centres, comme Rouen, le Havre, Dieppe, la grippe a rayonné vers les agglomérations secondaires, de là dans les campagnes, et puis enfin dans les hameaux et les maisons isolées; plusieurs observations montrent nettement cette marche. »

A Rouen et au Havre, la grippe a atteint un grand nombre de personnes, puisque dans les administrations il y a eu plus de 40 0/0 de malades. Tous ces détails sont intéressants, et ce rapport est à lire.

D[r] Marc Jousset.

RÉPERTOIRE

DE MATIÈRE MÉDICALE ET DE THÉRAPEUTIQUE

Le theridion dans l'hystérie. — Ce médicament est encore peu connu comme remède de l'hystérie, mais depuis quelques années, plusieurs cas de cette affection, liés à l'irritation spinale, ont été améliorés par son emploi. L'usage du *Théridion* rend impressionnable à la lumière ; après le moindre exercice, lassitude, faiblesse, tremblement, anxiété. Agitation à propos de la moindre chose, bien que rien ne procure de satisfaction. Les caractères plus particuliers sont la très vive impressionnabilité au bruit et la grande sensibilité le long des vertèbres. L'hyperesthésie est telle que le malade s'assied de côté pour éviter d'appuyer le dos à sa chaise (*Journal of Obstetrics*, november).

L'HUILE D'EUCALYPTUS DANS LA DIARRHÉE. — Le Dr E. M. Madden, dans le numéro d'octobre de *British Montly Homœopathic Rev.* appelle l'attention sur l'huile d'eucalyptus, qui, administrée à l'intérieur, agit très rapidement, en particulier dans la diarrhée aiguë, et il ajoute : La pathogénésie donne une image frappante du catarrhe général aigu, avec tendance manifeste à se localiser sur les intestins : pincements à la partie supérieure du ventre, avec sensation de diarrhée imminente, s'irradiant bientôt au bas-ventre, et suivis d'une diarrhée jaune, claire, aqueuse : en même temps sensibilité et brûlure à l'estomac et dans les intestins, grande chaleur à l'anus, ténesme, décharge muqueuse ; grande prostration. Le Dr Molson a le premier conseillé l'emploi de l'huile d'eucalyptus au Dr Madden, qui en a fait un grand usage, et avec profit, dans la diarrhée d'été.

CALENDULA DANS LES ULCÈRES. — Un ulcère de vieille date fut promptement guéri par l'application locale de calendula. On s'en sert en solution aqueuse ou de préférence sous forme d'huile de calendula. D'aqrès le Dr R. K. Ghosh les indications sont « Bords taillés à pic, saignants et fongueux ». (*Homœopathic World.*, october.)

L'IODURE DE CHAUX DANS LES CORPS FIBREUX DE L'UTÉRUS. — « J'ai guéri 28 cas de tumeurs fibreuses de l'utérus variant en grosseur d'une noix à la tête d'un enfant, avec l'iodure de chaux, 15 ou 20 grains dans un demi-litre d'eau, ce qui représente à peu près la seconde ou la troisième dilution décimale : une cuiller à bouche après chaque repas. Tous les cas furent guéris dans un espace variant de trois à vingt mois. » Dr Philip. (*Medical Era*, october.)

ACTION DE L'ACIDE SALICYLIQUE SUR LE REIN. — L'acide salicylique, qui augmente la quantité d'urine quand le rein est sain ou partiellement altéré, la diminue dans les néphrites aiguës ; la quantité d'albumine est toujours accrue sous son influence. (Mlle G. Chopin, *Thèse de Paris*, 1889.)

Le Directeur-Gérant. P. JOUSSET.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3

L'ART MÉDICAL

JUIN 1890

HISTOIRE DE L'HOMŒOPATHIE.

Le Dr Pierre Dufresne.

VII

Muni de son diplôme de docteur, mon père partit pour la Savoye et retrouva le foyer paternel vers la fin de l'année 1811. Il ne devait pas s'y fixer. Latour, petit village perdu dans les champs au pied de la montagne du Môle, était un centre insuffisant pour l'exercice de son art. D'ailleurs, son oncle, docteur de l'Université de Turin, était depuis plusieurs années fixé dans la contrée. Il fallut délibérer sur le choix d'une résidence.

La Savoye et Genève étaient alors réunies sous la domination de l'Empire Français. Genève, préfecture du département du Léman, par voie de gravitation naturelle, était devenue la capitale du pays. Mon père opta pour Chesne, gros bourg situé à une lieue de la ville, sur l'extrême frontière de l'ancienne République. Une petite rivière qui marque la limite des territoires genevois et savoyard divise le bourg de Chesne en deux parties. Le docteur Dufresne avait pris domicile sur la partie savoisienne ; il s'y trouva fixé trois ans plus tard, en 1814,

quand survint la chute du premier Empire napoléonien.

La Savoye, si souvent engagée dans des aventures historiques avec la France, recouvra une fois de plus son autonomie; elle fut rendue à ses anciens souverains. Mais à la suite des tractations du Congrès de Vienne un lambeau du duché fut adjugé à Genève. La Suisse ne consentait pas à recevoir le nouveau canton dans la Confédération sans cet accroissement de territoire. Le Chesne savoyard fit partie des communes annexées: c'est ainsi que mon père devint citoyen genevois dans le courant de l'année 1816.

La domination française fut regrettée à Chesne comme dans toutes les communes détachées de la France et de la Savoye. Le choix n'avait pas été libre, il avait fallu subir la loi du partage imposé par la diplomatie. Ces regrets pour la France trouvèrent de l'écho même chez certaines familles protestantes adonnées au commerce. La réunion à la Suisse entraînait dans le voisinage l'établissement d'une ligne de douanes : elle soulevait pour les transactions d'autres difficultés encore. Quelques industries qui avaient prospéré à Genève et dans les environs sous l'Empire ne se relevèrent pas du coup qui leur était porté.

En s'établissant à Chesne en 1812, le Dr Dufresne n'avait certes pas prévu qu'il changerait de nationalité. Il avait réussi dès ses débuts; la pensée de briser avec les liens d'une clientèle qui grandissait chaque jour n'absorba pas longtemps son esprit; ce qui ne veut pas dire qu'il n'ait pas éprouvé un sérieux froissement de cœur; il regretta vivement cette rupture avec la France. Les quatre années passées à Montpellier, il les comptait au nombre des plus belles de sa vie; elles avaient été si favorisées, si décisives pour son développement! La France littéraire et

scientifique, la France agitant les idées politiques des générations nouvelles avait ses sympathies; c'était là son horizon de prédilection.

Les sciences physiques et géométriques avec Laplace et ses émules; Lavoisier révolutionnant la chimie; l'histoire naturelle sous l'impulsion de Buffon, des Jussieu et de Cuvier; dans tous les ordres, des savants à la fois si multipliés et si grands : ce spectacle avait émerveillé mon père.

A Montpellier, il avait été témoin de cette expansion du génie français. On a vu qu'il n'était pas perdu dans la foule des étudiants; par ses rapports avec Candolle il prenait part à cet élan; sa nature sensible, capable d'enthousiasme, en avait saisi la portée.

Ne pas oublier les péripéties de la révolution française, les faits militaires si prodigieux, l'écroulement de l'ancien état de choses, l'avènement des générations nouvelles à la vie publique : autant de circonstances qui avaient exercé sur mon père, comme sur tant d'autres de ses compatriotes savoyards, une influence plus prestigieuse peut-être que raisonnée; plus vague dans les aspirations que motivée dans ses principes. Elle avait été trop considérable; elle avait eu trop de prise sur lui pour être sitôt effacée. Changer de patrie, n'était-ce pas se séparer de ce courant d'idées généreuses?

Ainsi qu'il vient d'être dit, avec les habitants de ces communes savoisiennes réunies à la République de Genève, Chesne subit un double changement de nationalité. Tout d'abord il fallut renoncer à la France, puis après un an de lenteurs et de tergiversations diplomatiques, alors ignorées des intéressés, les stipulations des traités de Turin, annexes du Congrès de Vienne, fixèrent le sort du territoire disputé. Le Chesne savoyard que mon père

habitait, fut annexé au nouveau canton de Genève. Il n'accorda pas les mêmes regrets au royaume de Sardaigne qu'à la France. Il redoutait ce retour à un gouvernement d'ancien régime dont la routine administrative n'était pas compensée à ses yeux par des traditions de paternelle condescendance, d'ailleurs respectables.

Comme la plupart des habitants des communes réunies, le Dr Dufresne n'avait qu'une connaissance très imparfaite du caractère du peuple genevois auquel il était désormais lié. Il faut le reconnaître, il n'était pas possible d'unir l'une à l'autre deux populations plus dissemblables.

Qu'était Genève, une république ancienne; une population par son origine à peu près étrangère au sol national, composée d'éléments divers, de provenances très distinctes; possédée d'une seule idée: celle d'exalter les doctrines protestantes, non seulement dans la vie religieuse, mais encore dans la vie sociale et politique; défiante à l'égard des étrangers; intolérante par instinct, mais motivant son intolérance par les nécessités de la lutte pour l'existence.

Ce peuple de réfugiés s'était soumis à la plus rigoureuse discipline. C'est ainsi que s'était concentrée dans l'enceinte d'une ville à peu près sans territoire, une élite de caractères vigoureusement trempés, austères dans leurs habitudes et de mœurs sévères. Ajouter le prestige d'une éducation littéraire et scientifique, vu l'exiguité du pays, plus répandue qu'ailleurs, et cet autre avantage, la possession d'une richesse mobilière considérable pour le temps, les exigences du refuge avaient imposé aux Genevois l'obligation de devenir des capitalistes avant les habitants des Etats voisins.

Dans les communes annexées, peu de notables, pas de richesses; une population agricole élevée dans les tradi-

tions d'une monarchie, tout émue encore de la persécution religieuse infligée à la Savoye pendant la période révolutionnaire : souvenirs que n'avaient effacés ni les gloires passagères de l'Empire, ni quinze années d'administration française.

Les nouveaux citoyens n'ignoraient pas avec quelle ténacité, tout en acceptant en principe un accroissement de territoire auquel il lui était impossible de se soustraire, le patriciat genevois avait lutté pour que l'étendue de l'acquisition fût aussi restreinte que possible. Cette résistance dissimulait mal des pensées égoïstes de domination, d'absorption même qui n'étaient que trop réelles. Quelques-uns des nouveaux citoyens plus avisés osèrent manifester certaines craintes ; ils redoutaient des abus de pouvoir exercés sous le couvert d'une préoccupation nationale ombrageuse. L'avenir ne devait que trop les justifier; mais dans ces premiers moments, les masses ne surent rien voir. Les garanties stipulées dans les traités leur paraissaient suffisantes.

Ceci étant dit pour caractériser une situation également obscure et semée de difficultés pour les deux parties, je m'empresse de reconnaître que mon père, de nature confiante, ne ressentit pas ces préventions plus que d'autres.

En accordant au passé des regrets légitimes, dans la mesure qui se pouvait concilier avec la dignité de son caractère, le D[r] Dufresne devint un loyal citoyen de sa nouvelle patrie. Ses deux fils furent élevés au collège et à l'Académie de Genève. Il mit au service de son pays ses connaissances, son activité et la part d'influence qu'il avait promptement acquise autour de lui. Il fut maire de Chesne

pendant dix-sept ans et plusieurs fois membre du Grand Conseil et de diverses Commissions.

VIII

Le jeune médecin ne tarda pas à être distingué par ses confrères de Genève et entretint avec plusieurs des relations assidues.

Quelques hommes de science lui accordèrent aussi des marques particulières d'estime. Je n'ai plus à parler de Pyramus de Candolle devenu, en abandonnant Montpellier, professeur d'histoire naturelle à l'Académie de Genève. Il conserva avec son élève les rapports les plus bienveillants; ils eussent été plus fréquents si, cédant aux instances de son ancien maître et de son condisciple Félix Dunal, le Dr Dufresne avait continué les travaux de botanique pour lesquels il avait une réelle aptitude. Candolle souhaitait sa collaboration pour le grand œuvre du *prodromus* ; mon père n'accepta pas ses propositions : la médecine, disait-il, ne souffre pas de partage.

Diverses circonstances mirent le Dr Dufresne en rapport avec Gaspard de la Rive, alors syndic de la République, qui passait l'été non loin de Chesne, dans son beau domaine de Presinge.

Figure remarquable, attrayante, bien genevoise surtout, que celle de ce magistrat doublé de tous les mérites d'un savant. Il n'est que trop certain, notre pays n'en produira plus de semblables. Au moment où le patriciat genevois en tant que classe privilégiée allait disparaître, ce descendant d'une des rares familles fixées sur le sol national avant la réforme en offre un type des plus sympathiques.

Agé de 24 ans (1793), ayant achevé son cours de droit, Gaspard de la Rive était prêt à servir son pays dans l'exercice des charges administratives. Soudain (1794), une révolution éclate dans Genève, il est arrêté, menacé d'être fusillé avec plusieurs magistrats de la République ; il n'échappe à la mort que par la fuite.

G. de la Rive part pour l'Angleterre. Il y passe six années, qu'il consacre à l'étude de la médecine et des sciences physiques. Il revient docteur de la Faculté d'Édimbourg et comblé de marques de distinction de la part des sociétés savantes de Londres.

Aussitôt de retour (1799), G. de la Rive est nommé médecin des hospices d'aliénés de Genève et professeur de chimie à l'Académie. Sans se démettre d'aucune de ces charges, en 1814, au moment de la Restauration, il entre dans les Conseils de la République, où il exerce une forte action politique. Dans des fonctions aussi multipliées, par la variété de ses connaissances, par un tour d'esprit porté aux applications pratiques, il rendit de nombreux services à ses concitoyens ; mais nul doute qu'il ne faille attribuer à sa droiture, à ses opinions modérées, à son caractère conciliant, la plus grande part de son influence.

Son enseignement donna du relief à l'Académie de Genève, et le moindre de ses titres ne fut pas l'éducation scientifique de son fils Auguste de la Rive, celui qui devait illustrer son nom par ses beaux travaux sur l'électricité, continuer l'œuvre d'Ampère et prendre rang parmi les membres étrangers de l'Institut de France.

G. de la Rive se montra très bienveillant pour ses concitoyens du territoire réuni : Presinge en faisait partie. S'il n'avait tenu qu'à lui, la fusion entre les anciens et les nouveaux genevois eût été prompte et obtenue sans com-

promis pour l'honneur de personne. Ces dispositions bienveillantes furent constantes pour mon père ; dans leurs rencontres fréquentes, ils parlaient de science, d'agriculture, d'améliorations à introduire dans l'administration des anciennes communes savoisiennes. Quand l'impulsion du gouvernement était insuffisante, G. de la Rive, dans le particulier, multipliait ses bons offices auprès des individus. Ses encouragements ne furent point étrangers à la détermination que prit mon père, en 1824, de faire une étude particulière des maladies mentales. Il s'y appliqua et il obtint des succès.

Le nom du Dr Dufresne est inscrit au nombre des fondateurs de la Société médicale du Conseil de Genève (1825). Les procès-verbaux de la Société témoignent qu'il fut un membre assidu et un actif collaborateur. Il y fit lecture de plusieurs mémoires ; tout à l'heure nous ferons mention des plus importants, qui ont paru dans la *Bibliothèque Universelle*. Cette revue, une des plus anciennes de l'Europe, s'imprimait alors à Genève.

IX

Voici le Dr Dufresne entré en carrière et lancé dans la pratique de son art. Il s'y était tout d'abord appliqué avec l'ardeur du débutant, promptement mûri par l'expérience que donnent la responsabilité de la clientèle et le contact de la vie sociale.

N'attendez pas que son esprit s'immobilise et qu'il s'attarde dans l'ornière. S'il a emporté de Montpellier le respect pour la tradition qui s'allie si bien à la flamme de la curiosité scientifique, pour autant il ne sera pas dominé

par le préjugé d'école; il a garde d'aliéner la liberté de son jugement.

Fixé près de Genève non loin de Candolle qu'il voyait toujours, peu à peu il pénètre dans le milieu scientifique de Genève, il s'y associe. Milieu bien différent de celui dont il sort, pour ne pas dire qu'il lui était opposé.

A Montpellier, Candolle avait donné une forte impulsion à la culture des sciences naturelles. Il n'y occupait cependant qu'une position subordonnée ; il professait à la Faculté des sciences. La Faculté de médecine était bien autrement imposante par son rang d'ancienneté, par la gravité et l'autorité philosophique de son enseignement.

A Genève, d'emblée Candolle fut le premier. La renommée acquise par ses travaux, celle plus considérable encore de ses années de professorat, l'entourèrent tout d'abord d'un grand prestige. Il ne trouva pas d'égaux. L'éclat inusité de sa parole, la clarté élégante de ses expositions déterminèrent l'opinion. Sous son impulsion, une faveur quelque peu exclusive devait, à l'Académie de Genève, s'attacher aux sciences naturelles.

Aussi bien ce courant existait-il depuis longtemps dans notre cité. Les travaux de Trembley, d'Huber, ces observateurs si ingénieux, les théories de Charles Bonnet, les voyages géologiques de Saussure, les lettres de Rousseau sur la botanique y avaient disposé les esprits. Candolle n'agréait pas tout dans ces naturalistes du XVIII^e siècle qui furent ses maîtres; il trouvait chez eux la recherche des lois des phénomènes trop mêlée d'appareil littéraire et d'utopies sentimentales. Il avait supporté avec impatience l'ontologie et la métaphysique des professeurs de Montpellier. Il voulait dans l'étude des lois de la nature quelque chose de la précision, de la rigueur de déduction

qu'il avait apprise à l'école de Lavoisier, aux cours de Fourcroy et de Berthollet. Cette tendance, il pouvait aisément la faire prévaloir.

Aucun autre enseignement, d'ailleurs, n'était pour contrebalancer cette disposition. C'est à peine si l'on peut dire qu'alors (de 1820 à 1840) il y eut une véritable chaire de philosophie à l'Académie de Genève. Seuls, quelques pâles reflets de philosophie écossaise étaient exposés, sans chaleur, sans originalité, surtout sans autorité sur les élèves.

Quelques médecins de Genève firent l'essai de se servir des procédés d'observation rigoureuse propres aux sciences physiques. C'est à cette époque que furent entrepris les travaux du Dr Prévost sur le sang et les spermatozoïdes. Il eut pour collaborateur J.-B. Dumas, le chimiste, alors au début de sa brillante carrière. L'important mémoire du Dr Chossat sur l'inanition, si rempli d'observations minutieuses, procède de la même direction. Mais qu'on veuille bien y prendre garde, c'étaient là des travaux de physiologie plutôt que de la médecine proprement dite.

Mon père avait apprécié cette école. Son ami, le professeur Dunal de Montpellier, l'hôte assidu de l'herbier de Candolle, lui en transmettait les échos. Cependant il n'était pas sans s'apercevoir que dans ce milieu accoutumé à la recherche des lois des phénomènes naturels par les procédés des sciences exactes, la médecine, en tant que science autonome, n'était pas tenue en suffisante considération.

On lui faisait des procès de tendance; ses méthodes d'investigation, disait-on, n'étaient pas assez rigoureuses. La médecine n'atteignait pas au même degré de certitude que les sciences physiques et mathématiques, Dans

la médecine, aussi trop de théories, trop d'hypothèses *a priori*.

Il y avait dans ces reproches un écho des préjugés souvent manifestés dans les premières années de notre siècle à l'endroit de la médecine par l'Académie des sciences de Paris. Les formuler, c'était méconnaître le génie propre de la médecine aussi bien que celui des sciences physiques. La médecine a son domaine qui lui est propre ; elle a ses procédés d'investigation et d'appréciation à elle. Chez elle, la nature de la certitude est conforme aussi à son génie particulier. C'est cela surtout que la science, alors dite moderne, ne voulait pas voir.

Le Dr Dufresne était trop pénétré de l'enseignement vitaliste de Montpellier pour s'écarter à ce point de l'ordre hiérarchique établi entre les sciences qui ont pour objet l'homme et les êtres vivants et celles qui s'appliquent à la recherche des lois qui régissent la matière inanimée. Il sentait s'élever en lui des résistances instinctives.

X

Le moment est venu de présenter ici une courte analyse des mémoires de mon père ; plaçons en première ligne ceux qui furent écrits de 1822 à 1830, avant son initiation à la réforme thérapeutique d'Hahnemann :

Observations sur la variole et la vaccine, mémoire lu à la Société médicale de Genève, puis imprimé dans la Bibliothèque universelle en 1825.

Ce travail est important. Il fut le résultat d'observations recueillies pendant une épidémie considérable de varioles qui régna à Chesne et dans les localités voisines

en 1822. La vaccination était déjà fort répandue alors dans le canton de Genève, grâce à l'opinion publique dirigée par les médecins et le gouvernement. Toutefois, elle n'avait pas pris encore le caractère d'une mesure sanitaire universelle. Un grand nombre d'individus n'avaient pas été vaccinés ; d'autres avaient subi l'inoculation.

Dans les communes savoyardes limitrophes du canton de Genève, la vaccine n'avait pas été introduite par l'administration ; aussi, son emploi était-il loin d'y être d'un usage général. Comme mon père était souvent appelé dans ces localités, il dut y constater l'épidémie. Il y trouva, vu les différences que nous relevons touchant l'introduction de la vaccine, des termes de comparaison instructifs qu'il mit à profit.

Le moment était donc curieux pour l'observateur et l'occasion propice. Le Dr Dufresne se proposa, en particulier, d'apprécier alors ce qu'était pour la variole un individu vacciné et réciproquement ce qu'est pour la variole un individu variolé. Pour arriver à son but, il institua plusieurs séries d'expériences qui lui permirent d'étudier le sujet sous des aspects multipliés, eu égard aux cas de variole consécutifs à la vaccine, eu égard aux cas consécutifs à l'inoculation.

L'auteur apprécie l'action du vaccin sur des sujets inoculés, sur des sujets déjà vaccinés, sur des sujets ayant eu la variole. Enfin il fait des expériences comparatives avec du virus de variole d'emblée et avec du virus de variole consécutive à la vaccine. On voit que les expériences étaient très variées, étant instituées, tantôt sur des sujets inoculés ou ayant eu la variole soit d'emblée, soit après la vaccine.

Voici les conclusions du mémoire : 1° le virus vaccin et

le virus variolique ont une action identique sur l'économie ; 2° cette action détruit une partie de la capacité variolique ou vaccinale dont chaque individu est doué ; 3° en vertu de la capacité qui persiste, chaque individu est susceptible de contracter une seconde petite vérole ou une seconde vaccine d'une nature différente de la première ; 4° il est plus difficile de développer cette part de capacité persistante avec le virus variolique après vaccine et *vice versâ*.

Ces propositions étant constatées, il en résulte qu'il faut deux opérations pour détruire la capacité variolique d'un individu et le mettre à l'abri de toute atteinte consécutive. Le D[r] Dufresne termine en disant qu'une seconde série d'expériences serait nécessaire pour déterminer celles auxquelles il conviendra de donner la préférence. Faut-il vacciner le sujet puis le varioler ou le vacciner deux fois? Faut-il le varioler puis le vacciner ou le varioler deux fois?

Ces conclusions sont intéressantes. Elles portent la trace de la confiance indéfinie inspirée alors à la plupart des médecins par la vaccine à ses débuts. On voit aussi, dans ce mémoire qui donne la mesure d'un expérimentateur ingénieux, se manifester des réserves indiquées avec sagacité, car elles n'ont été qu'en se confirmant avec le cours des années et l'apparition successive des épidémies.

Les travaux sur la vaccine ne se comptent plus aujourd'hui. Celui-ci pourrait assurément réclamer un droit de priorité eu égard au moment où il fut écrit ; car combien qui, depuis, n'ont fait que le reproduire avec quelques variantes uniquement motivées par les circonstances ou par de simples changements de date. Nous osons croire aussi que les propositions du D[r] P. Dufresne pourraient

servir de point de départ pour le contrôle des vaccinations charbonneuses et rabiques de Pasteur; celles-ci n'ont-elles pas donné un regain de vie à ces questions de virus, d'inoculations préventives, d'immunités acquises, si fort agitées il y a cent ans?

La Bibliothèque universelle a publié, en mars 1831 : *Une note sur la Cinchonine considérée comme médicament, suivie de réflexions sur l'action des substances salifiables introduites dans l'estomac, en particulier sur celle du nitrate d'argent.*

Ce mémoire est trop peu développé. Il y avait matière pour en faire deux, et chacun d'une réelle importance.

L'étude sur la cinchonine témoigne de l'espoir conçu, au moment de la découverte de Pelletier et Caventou, par plusieurs médecins de voir mettre à profit l'insipidité de la cinchonine pour en substituer l'emploi à celui du sulfate de quinine. Il y a là une série d'observations fort concluantes qui témoignent de l'action très réelle et très efficace du nouveau sel. On sait que seul le prix élevé de la cinchonine a empêché sa vulgarisation. Ce fut Calloud, un pharmacien distingué d'Annecy, qui, le premier, eut l'idée de substituer la cinchonine au sulfate de quinine. Les expériences du Dr Dufresne furent faites avec le sel préparé par cet habile chimiste.

La cinchonine, telle qu'elle sort du laboratoire, est une substance inerte et insoluble. Le Dr Dufresne déterminait la décomposition du sel dans l'estomac en faisant suivre l'ingestion de chaque dose d'une mixture d'eau acidulée. Prise de cette manière à la dose de 30 à 50 centigrammes à 1 gramme dans un intervalle apyrétique, la cinchonine a rendu des services avérés contre plusieurs fièvres intermittentes dont quelques-unes quartes et fort rebelles.

La seconde partie du mémoire n'est rattachée à la première que par ce point-ci, que, dans certains cas de dyspepsie acide dans lesquels la sécrétion du suc gastrique contient de l'acide en excès, l'auteur avait vu le sulfate de cinchonine se décomposer sous l'influence de l'acide hydrochlorique libre constaté dans l'estomac des dyspeptiques.

Ces faits relatifs aux réactions chimiques qui s'accomplissent dans l'estomac sous l'influence de la digestion étaient alors des questions d'actualité fort étudiées à Genève. Un mémoire du D[r] Prévost et du pharmacien Le Royer *sur la digestion chez les ruminants* venant en confirmation des travaux de Willam Prout avait attiré l'attention des membres de la Société médicale.

Le D[r] Dufresne, de concert avec le D[r] Herpin (1), fit de nombreuses expériences sur des animaux vivants, pour étudier la décomposition des substances salines sous l'influence du suc gastrique. La substance que les deux expérimentateurs employèrent le plus souvent fut le nitrate d'argent. Au cours de leurs investigations sur le suc gastrique, ils proposèrent une théorie pour expliquer la coloration du derme sous l'influence combinée des actions chimiques et de la lumière.

Ces faits n'ont plus guère d'importance. Il y a longtemps que la science est fixée sur ces questions. Nous en faisons mémoire ici pour rendre justice à des travaux qui, à l'époque où ils furent publiés, témoignaient de l'esprit observateur des auteurs et de leur souci de ne pas demeurer étrangers au courant scientifique. Aussi bien, n'est-ce pas dans les annales de la science le sort d'une foule de

---

(1) Auteur d'un traité de l'épilepsie et de plusieurs mémoires de thérapeutique.

travailleurs ? Ils apportent leur part de contribution aux résultats généraux et ils tombent dans l'oubli.

Combien d'hommes de valeur dont le nom n'a pas laissé de traces ! Ces premiers mémoires attestent que Dufresne ne se conduisait pas en simple routinier. Dores et déjà, il cherchait à se rendre compte de l'action des substances qu'il employait, du mode de leur intervention dans l'organisme, des altérations qu'elles imposent aux actes physiologiques, de leurs affinités électives pour tel ou tel organe, pour telle ou telle fonction.

XI

Encouragé par ces essais, il se disposait à entreprendre une série d'expériences sur les réactions de quelques autres substances mises en présence des acides sécrétés par l'estomac quand des incidents imprévus vinrent modifier ses projets.

Il s'agissait bien toujours de matière médicale et d'action médicamenteuse ; mais les nouvelles recherches avaient une bien autre portée que les précédentes. Le but à atteindre n'était rien moins que de constater si les médicaments préparés et administrés selon la méthode et les procédés d'Hahnemann ont véritablement sur l'économie l'action que leur assignait ce médecin.

C'est dire que mon père avait entrepris des études sur la thérapeutique nouvelle désignée par son auteur sous le nom d'homœopathie. Le sujet, alors neuf pour les pays de langue française, occupait la science allemande depuis plusieurs années. Les circonstances qui fixèrent l'attention du Dr Dufresne sur les immenses travaux d'Hahnemann sont assez curieuses pour qu'il en soit fait ici mention avec quelques détails.

Mon père comptait au nombre de ses clients le colonel Adolphe Pictet, deuxième fils de M. Pictet de Rochemont, le diplomate qui représentait Genève en 1814 au Congrès de Vienne. Homme de science fort distingué, Ad. Pictet était marqué d'une empreinte individuelle très spéciale. Issu, comme Gaspard de la Rive, d'une des plus anciennes familles du patriciat genevois, ses heureuses facultés avaient été développées par l'éducation la plus soignée. Né dans un milieu aristocratique, ayant beaucoup vu le monde, fait de nombreux voyages, A. Pictet frappait par la correction militaire un peu froide, un peu anglaise de ses manières, d'ailleurs immédiatement tempérée par une bienveillance réelle qui était le fond de son caractère. Doué du tour d'esprit le plus original, il avait uni à la pratique habituelle des sciences exactes la culture des plus hautes questions d'art, de littérature et de philosophie.

Curieux de toutes choses : un problème l'attirait-il ? il s'y prenait et se plaisait à le creuser. Officier d'artillerie au service du roi de Sardaigne, Ad. Pictet inventa ces fusées de guerre connues sous le nom de fusées à la Congrève ; on le voit ensuite donner à l'Académie de Genève un cours d'esthétique, plus tard imprimé sous ce titre : *Du Beau dans la Nature, l'Art et la Poésie*. Entre temps il publia le récit humoristique d'un voyage à Chamonix, accompli en compagnie de Georges Sand, de Liszt, de celui des élèves du célèbre pianiste qui fut plus tard le Père Hermann, de l'ordre des Carmes, et de la comtesse d'Agoult : cadre fantaisiste destiné à contenir les plus curieuses digressions sur les arts, la musique, et l'expansion des facultés imaginatives.

Après tout, le don des langues fut la faculté maîtresse d'Ad. Pictet. Vers le milieu de sa carrière, il se lança avec

passion dans des investigations de paléontologie linguistique : il avait trouvé sa véritable voie. Ses études sur les *Aryas primitifs et les origines indo-européennes* sont un titre scientifique de premier ordre ; elles demeurent le monument définitif de sa renommée.

La mémoire d'Ad. Pictet ne possédait pas les langues, comme on dirait d'un meuble dont à volonté il aurait ouvert les casiers. Chacun des idiomes qu'il connaissait s'emparait d'une partie de son être et semblait par instant captiver exclusivement chez lui l'exercice de certaines facultés. Celui qui écrit ici en fit un jour la curieuse expérience. Un soir, Ad. Pictet et mon père étaient, devant la cheminée, plongés dans un grave entretien. Relégué dans un coin du cabinet, je ne venais pas à bout des difficultés d'un thème anglais. Mettant à profit un temps d'arrêt de la conversation, je sollicitai l'assistance de M. Pictet. Elle fut, cela va de soi, aussitôt accordée. Il s'en suivit un petit colloque dont quelques phrases n'ont jamais été oubliées : « Je rêve en anglais, mais je préfère parler allemand », me disait le futur historien des Aryas.

Avide de connaissances dans tous les genres, indépendant par caractère et par position, Ad. Pictet se laissait aller au gré de sa curiosité. Il faut avouer qu'elle se prenait à bien des sujets.

Qui aurait imaginé que cet officier du génie, que ce professeur d'esthétique compterait dans sa carrière une période d'enthousiasme pour la médecine. Il en fut pourtant ainsi ; ce qu'il y a de plus rare, ce ne fut pas le court accès d'engouement d'un homme du monde.

En 1829, Ad. Pictet confia au Dr Dufresne la santé d'une personne de sa famille. La maladie était grave ; elle exigea des soins prolongés. Pictet prit en gré son médecin. Les

visites devinrent de plus en plus fréquentes ; pendant des mois Pictet venait à peu près chaque jour chez mon père. Nouvelles prises du malade s'établissaient des causeries pendant lesquelles l'esprit universel d'Ad. Pictet se donnait carrière. Pour la première fois alors, mon père entendit parler des travaux d'Hahnemann, une complète révélation pour lui ; il ne se doutait guère qu'il allait consacrer les dernières années de sa vie à l'étude et à la diffusion des travaux d'un médecin allemand.

L'initiation commença par des articles de journaux. Mon père ne savait pas l'allemand, Pictet le traduisait de vive voix, à livre ouvert. Suivirent bientôt de nombreux fragments choisis dans l'œuvre même d'Hahnemann. Cet enseignement oral remplit les soirées d'un long hiver.

XII

Entre les ouvrages d'Hahnemann, les premiers et peut-être les plus remarquables, ses essais de matière médicale seuls étaient écrits en latin. Ils avaient paru en 1806, sous le titre de *Fragmenta de viribus medicamentorum sive in corpore humano observatis*. C'est à peine si *l'Organon*, l'exposé de la doctrine, était alors connu en France. La partie la plus considérable des pathogénésies et la plus importante, la *matière médicale pure* et le *traité des maladies chroniques* non traduits demeuraient lettre close pour mon père.

Ici encore, grâce à l'intervention d'Ad. Pictet, Dufresne prit connaissance des morceaux les plus décisifs. Quelques autres personnes offrirent leur concours. C'est à deux dames en particulier qu'il fut redevable des chapitres de la matière médicale qui traitaient des médicaments les plus importants.

Avec l'aide de ces collaborateurs, mon père acquit une connaissanee assez complète de l'œuvre du thérapeutiste allemand, longtemps avant que le traducteur Jourdan l'eût mise à la disposition du public français. Inutile d'insister pour faire comprendre à quel point cette initiation fut laborieuse, avec quel esprit de suite, avec quelle conscience scrupuleuse elle fut conduite, enfin la somme de travail opiniâtre qu'elle exigea.

Avant que d'appliquer la nouvelle thérapeutique, Dufresne la soumit à l'épreuve de l'expérience. Il prépara lui-même les médicaments d'après les prescriptions d'Hahnemann, travail minutieux qu'il crut absolument nécessaire; puis il fit l'essai sur sa propre personne à des doses et à des atténuations différentes de plusieurs substances. Il estima avec raison que c'était le seul procédé efficace, le seul loyal pour contrôler la parole du maître.

Le résultat de ces premières études est consigné dans un mémoire publié en 1832 dans la Bibliothèque universelle de Genève. Il a pour titre : *La nouvelle thérapeutique médicale nommée homœopathie.*

Les principales substances soumises à l'expérimentation étaient l'opium, le sulfate de quinine, la sabine, le sureau et la noix vomique.

Comme tous les médecins qui ont consenti à le lire en fermant l'oreille aux préventions préalables, Dufresne reçoit une impression profonde de la lecture de l'*Organon*. Tout d'abord, il est frappé par la critique hardie infligée par Hahnemann à la thérapeutique de son temps, cette critique est passionnée, il est vrai, mais par compensation, rien moins que banale. Il attaque impitoyablement ce chaos sans ordre, cette absence de principe rationnel, ces classements des médicaments arbitraires, injus-

tifiables, qui caractérisent les traités de matière médicale.

Déjà mon père en fit la remarque, Bichat avait formulé des critiques analogues, mais sans rien proposer pour redresser ces défauts. Broussais, plus tard, intente les mêmes reproches avec sa véhémence accoutumée. Plus logique, ou, si l'on veut, plus radical, il conclut à la suppression à peu près totale de la matière médicale. A la doctrine physiologique de l'irritation, l'eau et la saignée suffisaient.

Ce qui n'offusque pas moins Hahnemann que le chaos de la matière médicale, c'est la continuelle préoccupation des médecins de résoudre la question insoluble de la nature des maladies, en inventant pour chacune d'elles une cause hypothétique.

Tollere causam — détruire la cause supposée des maladies, telle était, depuis Galien, la visée constante. A cause hypothétique, médication hypothétique, c'était dans l'ordre.

Mais l'auteur de l'*Organon* ne se tient pas pour satisfait d'avoir blâmé; après avoir renversé, il édifie. Le principe d'ordre qu'il introduit est une méthode qui renouvelle complètement l'art de poser les indications.

Eclairé par l'expérience des anciens maîtres, retrempé au contact des sources traditionnelles, fort de ses observations répétées pendant des années, Hahnemann propose une formule générale des rapports à établir par le médecin entre les indications présentées par le sujet malade et les indications à lui opposer.

Cette règle est la loi de similitude. Le médicament est appelé à guérir chez le malade les phénomènes morbides analogues, semblables à ceux qu'il détermine chez l'homme à l'état de santé, *similia similibus curantur*. Le médicament ne devient remède qu'à cette condition.

Dans cette découverte de la loi de similitude il faut savoir apprécier une application mémorable du procédé logique de l'hypothèse scientifique. Hanhemann s'empare d'un instrument de progrès qui a enrichi les sciences physiques et naturelles. L'observation, l'étude, la réflexion lui ont suggéré le principe du *simile*, il l'a soumis à l'épreuve de l'expérience et la loi a été déduite, les faits ont confirmé les résultats pressentis.

De la loi de similitude résulte la constitution d'une science nouvelle, celles des pathogénésies. Cette appréciation expérimentale des effets des médicaments sur l'homme sain ne date sérieusement que d'Hahnemann.

XIII

Quand le Dr Dufresne publia ce mémoire, depuis quelque temps déjà il traitait des malades par la méthode nouvelle. Son travail eut du retentissement, un grand nombre de ses confrères vinrent le voir ou sollicitèrent par correspondance des détails plus abondants sur sa manière d'agir et des éclaircissements sur les sources à consulter. Il accueillit ces ouvertures avec la plus fraternelle confiance. Il n'était pas dans sa nature expansive et généreuse de réserver pour lui seul le résultat de ses travaux, pas plus que la somme d'expérience qu'il avait pu acquérir. Il se mit avec empressement en rapport avec ceux de ses confrères qui voulurent s'informer auprès de lui touchant la *nouvelle médecine*, comme l'on disait alors ; il exposa sans réserve la marche qu'il avait suivie, les procédés de son initiation ; il communiqua les observations déjà nombreuses recueillies dans sa clientèle.

De là des correspondances multipliées ; de nombreux visiteurs se succédèrent à Genève. Les adhérents de la pre-

mière heure furent le Dr Dessaix de Thonon, frère du général de ce nom, homme de beaucoup d'esprit, de cœur, de finesse et d'intelligence : le Dr Longchamps d'Echallens, canton de Vaud ; celui-ci s'était fixé à Fribourg après de longs voyages accomplis dans l'Amérique du Sud en compagnie du naturaliste Bompland. Vinrent ensuite les docteurs Rapou de Lyon, Chargé de Marseille, Kirschleger de Colmar, etc.

Nous retrouvons ici Félix Dunal, le plus intime des amis de mon père. Il faut se souvenir qu'il avait pris son grade de docteur en médecine et qu'il l'avait mis à l'écart pour céder à son entraînement pour la botanique. Dunal avait choisi pour sujet de thèse les Solanées ; cette famille immense qui occupe presque un volume dans le *Prodromus* de Candolle, ne tient pas une place moins importante dans les traités de matière médicale. Promptement admis dans le secret des études de mon père, Dunal y prit un tel intérêt qu'il entra, lui aussi, dans la voie des études pathogénétiques. Il expérimenta plusieurs substances sur lui-même. Pendant un séjour que je fis à Montpellier en 1845, Dunal me fit lire les procès-verbaux de ses expériences, la plupart entreprises pour contrôler celles de son ami de Genève. Sa valeur scientifique donne assurément du prix à son adhésion.

Dunal avait pour collègue à la faculté de Montpellier, comme professeur de pathologie et de thérapeutique générale, Risueno, d'Amador, Espagnol d'origine, médecin très lettré, fort distingué par la forme oratoire qu'il donnait à son enseignement. D'Amador a publié plusieurs opuscules dont le plus remarquable est un Essai sur le calcul des probabilités en médecine. L'auteur démontre qu'en médecine, comme dans les autres sciences, la vérité nous vient par les hommes de génie ; elle ne procède pas

de l'adoption d'une certaine méthode logique bien moins encore de l'application d'un système de numération statistique. D'Amador expose la difficulté pour le médecin d'instituer des catégories de faits rigoureuses. Il tient les majorités en défiance assurant qu'en médecine elles n'ont manqué à aucune erreur. Les faits de minorité ne devront donc pas être tenus pour indifférents. En définitive il n'y a ni remèdes ni maladies absolues. Il faut toujours discerner les cas.

Sollicité par Dunal, d'Amador prit connaissance des travaux d'Hahnemann. Il en fit le sujet de quelques-unes de ses brillantes leçons : cette largeur d'esprit lui valut des observations peu courtoises de la part de ses collègues. Il dut, à son regret, prendre le parti de modérer l'expression de son adhésion.

D'autres visiteurs encore vinrent chez mon père : Petroz médecin très renommé sorti d'une famille des environs de Chambéry et fixé à Paris, où il a fourni une brillante carrière ; Molin père, alors médecin de l'établissement thermal de Luxeuil ; je ne les nomme pas tous.

Ces réunions médicales, ces visites, ces commerces épistolaires furent bientôt jugés insuffisants pour la diffusion de la nouvelle thérapeutique. Il fallait d'autres instruments de propagande : Dufresne y pourvut en fondant des sociétés médicales avec assemblées périodiques et une revue, la première qui ait été écrite en français pour servir d'organe aux médecins homœopathes.

Un centre de réunion pour les médecins suisses fut créé sous le titre de Société homœopathique lémanienne. Des médecins savoyards du voisinage y furent admis.

Le 6 septembre 1832, douze médecins suisses et français réunis à Genève chez le Dr Dufresne fondèrent pour les pays de langue française, la Société homœopathique

gallicane. La seconde assemblée, plus importante par le nombre des adhérents, eut lieu à Lyon en septembre 1833. Le D[r] Des-Guidi la présida.

La même année fut instituée la Société de Paris sous la présidence du D[r] Pétroz. Le D[r] Davet en était le secrétaire.

Le 15 septembre 1835, la Société homœopathique gallicane se réunit à Paris sous la présidence d'honneur d'Hahnemann depuis peu de temps fixé en France. Dufresne, président sortant, fit le discours d'ouverture ; Petroz devint le président définitif.

(*A suivre.*) D[r] Edouard Dufresne.

MÉDECINE PRATIQUE

Le délire dans la pneumonie

L'influence des doctrines diverses qui ont régné en médecine, depuis le commencement de ce siècle, a réagi sur l'histoire nosologique du délire dans la pneumonie. Ces influences doctrinales ont eu une telle puissance, qu'on trouve des hommes, comme Trousseau, qui expliquent le délire dans la pneumonie, soit par l'intensité de la fièvre, soit par une sorte de malignité due à *un empoisonnement* et que le professeur Jaccoud enseigne que dans la pneumonie comme dans l'érysipèle, le délire tient à *l'anémie cérébrale*. L'un et l'autre de ces médecins méconnaissent la méningite qui, cependant, existe dans le tiers des cas de délire pneumonique et produit une véritable suppuration de la pie-mère (Grisolle : Traité de la pneumonie).

J.-P. Tessier a toujours enseigné dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu, que le *délire fébrile* symptomatique de la pneumomie et des fièvres éruptives, était toujours lié à une méningite, suppurée ou non, si on prenait soin de distinguer du délire fébrile, *le délire des ivrognes* et le

délire d'inanition. C'est sous l'inspiration de ce Maître, que j'ai publié, dans l'*Art médical*, un travail sur la méningite symptomatique du délire fébrile.

L'École de Louis a constaté l'existence de la méningite dans le délire de la pneumonie. D'après Grisolle, dans les deux tiers des cas, il n'y aurait pas de lésions définies, et dans l'autre tiers il existerait une infiltration purulente sous-arachnoïdienne. Le délire sans lésions des méninges paraît attribué par Grisolle, soit à une sorte de malignité, pour laquelle il prescrit le muse, soit à l'alcoolisme, soit à l'inanition.

Dans les travaux contemporains, la méningite symptomatique du délire dans la pneumonie n'est plus méconnue. Le docteur Lépine, dans le Dictionnaire de médecine et de chirurgie, enseigne, comme Grisolle, qu'on observe une méningite purulente, dans le tiers des cas des pneumonies avec délire, chez les malades non alcooliques. Cet auteur remarque, avec raison, que ces méningites s'accompagnent de symptômes spéciaux : raideur du cou, aphonie, hémiplégie, symptômes pupillaires, etc., etc. Cet auteur aurait observé, en dehors de toute influence épidémique, des cas de méningites cérébro-spinales suppurées.

Le docteur Lépine décrit une forme éclamptique chez les enfants et une forme apoplectique chez les vieillards.

Dans le Dictionnaire encyclopédique, nous trouvons sous la signature du Dr Barth, le dernier mot de la question ; c'est-à-dire, l'explication *microbienne* de la méningite dans la pneumonie.

Le Dr Barth, enseigne que la méningite symptomatique de la pneumonie est rare ou fréquente, suivant les épidémies ; qu'on la rencontre, principalement chez les enfants, les vieillards, les alcooliques et les débilités. La méningite qui survient dans le cours de la pneumonie

serait souvent latente (?); après la défervescence, au contraire, les symptômes seraient très marqués : frissons, délire calme ou furieux, coma rapide dans les cas très graves, raideur très douloureuse de la nuque, yeux injectés et hagards, pouls très fréquent, petit et dur; contracture des mâchoires, paralysie oculo-pupillaire, faciale; hémiplégie; mort certaine du troisième au sixième jour dans le coma, avec cris hydro-encéphaliques; pouls fréquent et irrégulier, rythme respiratoire de Cheyne-Stoke; température très élevée 41 à 42 degrés.

Cette variété de méningite dans la pneumonie était décrite par J.-P. Tessier, comme une *méningite métastatique*, et traitée avec quelques succès par les affusions froides.

La lésion de cette méningite est toujours une suppuration de la pie-mère. M. Barth décrit deux degrés de cette lésion. Dans un premier degré, les méninges sont le siège d'un œdème louche, contenant des granulations jaunâtres irrégulières, renfermant des *pneumocoques*.

Dans un degré plus avancé, l'infiltration purulente de la pie-mère se présente sous la forme d'une calotte épaisse, prolongée sur le bulbe et la moelle épinière et se détachant facilement des parties sous-jacentes. Cet exsudat renferme des micrococcus capsulés.

M. Barth a rencontré une autre variété de méningite suppurée qui, au lieu de pneumocoques renferme des streptocoques. Cette méningite se rencontre à la suite de pneumonie suppurée. C'est une véritable infection purulente. Ses symptômes sont obscurs; sa marche très rapide; sa terminaison constamment mortelle, et la lésion, un pus véritable, crémeux, infiltré dans les mailles de la pie-mère.

La méningite à pneumocoques est seule susceptible de guérison, guérison avec *reliquat* ; strabisme, paralysie, épilepsie jacksonienne.

La démence et la sclérose en plaques peuvent encore être la suite de la méningite à pneumocoques.

Nous n'avons pas besoin de faire remarquer que les différents microbes constatés dans la lésion des variétés de méningites qui accompagnent la pneumonie, constituent, pour nous, de simples lésions, et que nous n'accordons pas à ces microbes un rôle étiologique plus sérieux que celui que dans une autre école on a voulu attribuer aux embolies miliaires dans la production de ces mêmes méningites.

Dans l'école allopathique, le traitement du délire dans la pneumonie comprend un petit nombre de médications.

Dans les cas de délire que Trousseau appelle ataxiques qui se caractérisent par le désaccord des symptômes et le peu d'importance de la lésion locale, le musc, prescrit d'abord par Récamier, est fortement conseillé par Trousseau et Grisolle, qui ont dans cette médication la plus grande confiance.

L'opium et la digitale ont été préconisés dans le traitement du délire de la pneumonie, chez les ivrognes, quand ce délire revêt le caractère alcoolique.

Le vin et l'alcool constituent tout le traitement de Jaccoud et, dans toutes les écoles on s'accorde pour traiter par le vin et l'alimentation le délire d'inanition, si fréquent à l'époque où régnait la méthode des saignées coup sur coup.

Quant au traitement homœopathique de la méningite qui complique la pneumonie, il est le même que celui de toutes les méningites.

Quatre médicaments principaux correspondent en homœopathie au traitement du délire méningitique symptomatique de la pneumonie : la belladone, la jus-

quiame, la pomme épineuse et l'opium. Il est bien entendu que nous disons médicaments principaux et non pas médicaments exclusifs, et qu'il existe des cas où d'autres médicaments sont indiqués par l'ensemble des symptômes.

. C'est la *belladone* qui est le plus souvent indiquée. Le délire qui demande ce médicament est marqué par une alternance d'hilarité et de fureur et des hallucinations, principalement de l'organe de la vue. Le délire est bruyant, agité, avec rire convulsif, gesticulations, loquacité et chants; dans d'autres cas, il existe une fureur sauvage et féroce; les malades mordent et battent les assistants et leur crachent à la figure. Les hallucinations sont surtout des visions d'animaux, de chiens, de rats; les objets paraissent noirs ou en feu.

Le délire de la belladone alterne souvent avec le coma et les convulsions; la pupille est dilatée, la gorge sèche, le pouls petit et fréquent.

Le délire de *l'hyosciamus* est moins bruyant, moins incohérent; il ressemble davantage à l'aliénation. On remarque dans ce délire, comme dans celui de le belladone, tantôt des idées gaies, tantôt des accès de fureur; il a souvent le caractère démoniaque. Les malades sont portés à se lever et cherchent à s'enfuir; souvent la face est pâle et les extrémités froides quoique la chaleur centrale soit très élevée. Le délire, comme pour le médicament précédent, alterne avec les convulsions et le coma.

Le délire et les convulsions sont principalement excités par l'action de boire. Ceci est caractéristique.

Le délire du *stramonium* ressemble beaucoup à celui de la belladone; cependant il a des caractères propres, que nous allons essayer de mettre en évidence.

Quand le délire est agité, c'est la fureur qui domine.

Ces malades sont dangereux. Ils sont poussés à battre, à mordre ceux qui leur donnent des soins; ils déchirent avec leurs dents tout ce qu'ils peuvent attraper; enfin, ils se mordent eux-mêmes. Ils sont très agités et poussent des cris continuels. D'autres fois, ils sont frappés d'un *mutisme* complet, avec la même tendance à battre; leur figure exprime une grande méchanceté, et Hahnemann la décrit en ces termes : « La figure d'abord amicale, se déforme progressivement, des plis profonds s'étendent de l'angle interne des yeux vers les joues, d'autres des ailes du nez au coin de la bouche ; les sourcils se froncent, les yeux scintillent et le malade prend un air terrible » (paragraphe 86).

Quand le délire est tranquille, il y a un autre signe qui indique le stramonium; ce signe est tiré de l'attitude du malade.

Le malado est couché sur le dos, les genoux et les cuisses fléchis, les mains jointes comme dans la prière.

Les convulsions qui alternent avec le délire de stramonium sont plus toniques que celles excitées par la belladone. Elles ressemblent aux convulsions *d'éclampsie*.

Le coma s'accompagne de stertor comme dans *l'apoplexie*.

Ajoutons encore, comme caractéristique du stramonium : le tremblement de la langue, des lèvres et des mains, et, enfin, la suppression des selles et des urines. Tous ces symptômes sont excités par le moindre attouchement, par le bruit et la lumière.

Opium est indiqué dans la période de coma, surtout quand il y a stertor, contraction des pupilles, rougeur de la face et pupilles rétrécies.

D^r P. JOUSSET.

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

CINQUIÈME LEÇON (1)

Observation de névralgie. — Anémie et toniques. — Il n'y a pas de médicament tonique. — Le fer. — Erreur et contradictions, confusion des effets thérapeutiques et pharmacodynamiques. — Le fer est un anémiant. — Hahnemann, Nothnagel et Rossbach. — Dose forte et dose faible. — Thérapeutique. — Indications hypothétiques et positives, dose et mode d'administration. — Arsenic. — Erreurs et contradictions. — Petite dose et grande dose. — Thérapeutique. — Métrorrhagie. — Médicament d'épargne, arsenicophages. — Diarrhée. — Fièvre intermittente. — Quinquina. — Fébrigène. — Caractère de la fièvre produite. — Antiseptique. — Ne guérit que les septicémies intermittentes. — Quinquina empêche-t-il la formation du pus? — Quinquina hexanthèmogène. — Dans l'érysipèle. — Action cardiaque. — Action tonique, c'est un débilitant Nothnagel et Rossbach. — Dose et mode d'administration.

Mme Lucile*** entrée à l'hôpital Saint-Jacques le 20 janvier 1890, couchée au n° 8. Cette jeune femme qui a un frère atteint de phthisie pulmonaire tousse elle-même depuis plusieurs mois, a maigri et présente au sommet du poumon quelques craquements avec expiration prolongée et une matité relative à la percussion.

La névralgie pour laquelle elle entre à l'hôpital a débuté il y a six semaines à la suite d'une épistaxis très abondante.

La douleur a occupé d'abord la branche occipitale de la

(1) Une erreur de mise en page a fait paraître la 6e leçon avant la 5e.

cinquième paire, puis successivement les branches temporales et frontales. La douleur, contrairement à ce qui se voit habituellement dans les névralgies, existe des deux côtés avec une grande prédominance du côté droit. Quelques jours avant son entrée, les nerfs médian et cubital du bras droit sont envahis par la douleur; les douleurs sont lancinantes, présentent une aggravation nocturne et augmentent jusqu'à arracher des cris par la pression sur les trajets nerveux.

Cet état s'accompagne de perte d'appétit et de leucorrhée, les menstrues sont régulières.

Un examen attentif des antécédents démontre qu'il faut renoncer à expliquer cette névralgie par la syphilis, comme auraient pu le faire croire les aggravations nocturnes.

Traitée d'abord par thuya 6 le matin et china 6 le soir, puis par belladone 6e prescrit seul, la malade n'obtient aucun soulagement.

Guidé par l'augmentation des douleurs à la moindre pression et le retour régulier des aggravations, nous alternons belladona 3e le soir et china 3e le matin; sous l'influence de ce traitement la malade éprouve un mieux manifeste; mais, l'état restant stationnaire et l'amélioration fort incomplète, nous prescrivons le sulfate de quinine à la dose de 30, puis 50 et 60 centigrammes administrés en trois fois dans la journée.

Sous l'influence de ce traitement l'amélioration fait des progrès rapides, et, douze jours après, la malade quitte l'hôpital.

Elle est revenue depuis plusieurs fois à la consultation; nous lui avons continué le sulfate de quinine et son état est tout à fait satisfaisant.

Cette malade nous a dit qu'en ville on l'avait traitée pour *une anémie*. Ce n'est pas sur ce diagnostic aussi banal que facile que je désire attirer votre attention, mais sur une ordonnance remarquable par l'association discordante de tous les médicaments réputés toniques : l'acide arsénieux, l'extrait de quinquina, le fer réduit par l'hydrogène se trouvent là réunis et associés à l'extrait de noix vomique et la poudre de Colombo.

Qui a dû être surpris de l'inefficacité de cette formule? Certes, c'est le médecin.

Croyant passionné et partisan à outrance de la médication tonique, il doit échouer dans un état qui présentait, suivant lui, tous les caractères de l'anémie ; l'association la plus formidable des médicaments toniques, et, cet insuccès lui aura-t-il ouvert les yeux sur le danger des propriétés hypothétiques des médicaments? Nous craignons que non, et nous sommes persuadé qu'il continuera à prescrire des *toniques*, et, cependant, il n'y a point de médicaments toniques, c'est ce que nous nous proposons de vous démontrer dans cette conférence.

Nous avons eu souvent l'occasion d'enseigner qu'il n'existait point de médicaments toniques; qu'aucune substance pharmaceutique n'avait la propriété d'augmenter directement la puissance de la nutrition ; que les heureux effets obtenus dans certains états morbides par le fer, le quinquina et l'arsenic, ces trois médicaments toniques par excellence, s'expliquaient par leur action curative d'états morbides déterminés et non par une action directe sur la nutrition. Nous avons dit encore que les vrais toniques appartenaient au domaine de l'hygiène et comprenaient l'alimentation, l'aération, l'exercice et l'hydrothérapie.

Nous sommes heureux de constater que sous l'influence du mouvement thérapeutique dû à la grande réforme hahnemannienne, ces idées ont fait leur chemin, et qu'on chercherait vainement dans les traités élémentaires de thérapeutique les plus récents un chapitre consacré à l'étude des toniques.

Mais nous ne savons que trop combien les mots gardent dans le monde médical une valeur qu'ils ont perdue depuis longtemps pour croire que la vieille hypothèse des toniques si chérie de nos frères ait complètement disparu de l'esprit de nos contemporains. C'est pourquoi nous avons voulu étudier dans cette leçon les trois médicaments appelés toniques par excellence, démontrer que leurs propriétés différaient entièrement des actions toniques et reconstituantes et déterminer les caractères qui fixent leur mode d'emploi en thérapeutique.

Le fer. — Les thérapeutistes modernes placent le fer à la tête des médicaments toniques et reconstituants ; pour eux, c'est un modificateur direct du sang dont il augmente les hématies en transformant les globules blancs qui viennent de la rate, de la moelle osseuse et de la lymphe ; il active les combustions, augmente la production de l'urée, élève la température, active la respiration et la circulation ; et, en fin de compte augmente le poids du corps. Telle est pour la plupart des médecins la conception de l'action du fer sur l'organisme vivant et malgré son apparence scientifique, cette conception n'est qu'un roman.

Hirtz, dans son article sur le fer (Dictionnaire de médecine pratique), indique la cause de cette erreur si généralement répandue.

« Dans l'ordre logique, dit cet auteur, l'application

« thérapeutique d'un remède devrait résulter de la con-
« naissance de son action physiologique. Pour le fer il « n'en a pas été de même, son emploi thérapeutique a « déterminé sa notion pharmacodynamique. »

C'est là l'erreur à laquelle nous devons toutes les connaissances fausses répandues dans le monde médical sur l'action physiologique des ferrugineux, et acceptées comme monnaies courantes. Le fer, répète-t-on, fait partie intégrante de nos tissus et son action bienfaisante ne serait jamais nuisible. Ce n'est pas sans raison que le grand réformateur de la thérapeutique moderne, Hahnemann, a posé comme premier principe d'une science positive l'expérimentation des médicaments sur l'homme sain. Un des premiers et des plus importants résultats de cette étude c'est ce fait aujourd'hui incontestable, que le médicament produit chez l'homme sain des effets contraires à ceux qu'il guérit chez le malade, aussi la suite de cette leçon fera voir que, loin de multiplier les hématies, le fer les diminue et produit une anémie médicamenteuse, que par conséquent, ces mots *toniques et reconstituants* doivent être rejetés de la thérapeutique expérimentale ; mais il est juste de donner, d'abord, la parole à Hahnemann qui, le premier, a exposé la doctrine que nous défendons.

« Le fer est considéré par les médecins ordinaires comme « une substance fortifiante par elle-même et non seulement incapable de nuire, mais encore salutaire d'une « manière absolue. »

« Cette opinion embrassée et propagée sans examen ne « repose sur aucune base solide ; c'est ce que nous dé-« montre déjà ce seul fait que quand le fer exerce une « action médicinale, il doit aussi modifier l'état de « l'homme en santé et le rendre malade, d'autant plus

« même qu'il a été trouvé plus efficace dans les maladies.
« *Nil prodest, quod non lædere possit idem.* »

« L'état des hommes qui vivent dans le voisinage des « eaux ferrugineuses aurait dû suffire déjà pour éclairer « sur l'énergie puissante avec laquelle ce métal porte at- « teinte à la santé. »

Hahnemann énumère ensuite les états pathologiques engendrés par l'usage habituel des eaux ferrugineuses.

« Une faiblesse de tout le corps, ou de quelques parties « ressemblant à la paralysie, certaines douleurs violentes « dans les membres, des vomissements d'aliments, pen- « dant le jour ou pendant la nuit, des phthisies pulmo- « naires souvent accompagnées d'hémoptysies, le défaut « de chaleur vitale, la suppression du flux menstruel, « l'impuissance, la stérilité, la jaunisse, etc. » (*Matière médicale*, tome II, page 361.)

Cette action nocive des eaux ferrugineuses a été confirmée par Nothnagel et Rossbach.

L'étude de la matière médicale expérimentale de Hahnemann comprend des symptômes qui indiquent comme un effet du fer chez l'homme sain l'action anémiante du fer : la pâleur du visage et des lèvres, la teinte terreuse de la peau, les bourdonnements d'oreilles, le retard, la diminution et même la suppression des règles pendant de longs mois, la dyspnée par le moindre mouvement, les palpitations, la faiblesse du pouls, la tendance aux lipothymies, la fatigue facile, la grande faiblesse, l'accablement, l'horreur du mouvement, la propension irrésistible à se coucher, la lassitude continuelle, le sommeil lourd, prolongé fort avant dans la matinée, sont les symptômes produits par de petites parties d'acétate de fer longtemps continuées, ou par l'usage habituel des eaux fer-

rugineuses : ils constituent un tableau pathologique fort analogue à la chlorose (1).

Nous sommes bien loin, on le voit, de l'action tonique et reconstituante si légèrement attribuée au fer par la plupart de nos thérapeutistes.

Mais l'étude des actions du fer sur l'homme sain nous présente d'autres symptômes dont nous devons tenir grand compte pour fixer les indications de ce médicament; je veux parler des congestions et des hémorrhagies.

D'après une loi aujourd'hui incontestable de la pharmaco-dynamie, tous les médicaments présentent, suivant qu'ils sont donnés à doses fortes ou à doses faibles, des effets opposés. Le fer n'échappe pas à cette loi. Ce médicament qui, nous venons de le voir, détermine des symptômes d'anémie quand il est administré pendant longtemps et à faibles doses comme dans l'usage habituel d'eaux contenant de légères traces de fer, ce médicament, disons-nous, détermine tous les symptômes de la pléthore quand il est administré à doses suffisantes et rapidement répétées.

Ces symptômes sont : la rougeur subite et la turgescence de la face, la pesanteur habituelle de la tête, la céphalalgie et les vertiges, les hémorrhagies nasales, l'augmentation considérable du flux menstruel, les hémoptysies avec toux fréquente, les symptômes de congestion pulmonaire.

Thérapeutique. — Pour compléter notre démonstration,

---

(1) Ces symptômes sont empruntés textuellement à la matière médicale de Hahnemann, chapitre *Fer*.

nous devons dire un mot du mode d'action du fer dans la guérison de la chlorose.

Les chlorotiques auxquelles on administre le fer, *quand ce médicament est réellement indiqué*, éprouvent une amélioration rapide. La numération souvent répétée de leurs globules démontre l'augmentation progressive du nombre des hématies, et, comme conséquence directe, la cessation de la pâleur et de la faiblesse, l'élévation de la température, l'ampleur du pouls et de la respiration et, malgré une augmentation considérable de l'urée, un accroissement du poids du corps.

Voilà un premier fait et c'est le plus fréquent.

Mais il existe une catégorie de faits bien différents et qu'il est impossible de négliger, si l'on veut se rendre un compte exact de l'action du fer en thérapeutique.

Il existe des chlorotiques chez lesquelles les mêmes préparations ferrugineuses qui, tout à l'heure, faisaient merveille, restent absolument impuissantes et qui, si l'on insiste sur leur administration, aggravent encore l'état des malades.

Ce dernier ordre de faits reste tout à fait incompréhensible dans la théorie qui explique la guérison de la chlorose par l'action chimique du fer sur les globules du sang.

Aussi, des médecins distingués à la tête desquels se place Claude Bernard, professent l'opinion que le fer guérit la chlorose, non par son action chimique, mais par une action directe sur la vitalité.

L'action du fer sur les plantes vient corroborer cette dernière opinion. Les horticulteurs savent bien qu'en arrosant avec de l'eau légèrement ferrugineuse une plante languissante et dont le feuillage a pâli, ils donnent une nouvelle vie à cette plante, et lui rendent bientôt la cou-

leur qui lui est naturelle et, cependant, il n'y a ici ni hématie, ni action chimique du fer sur la chlorophile.

Mais pourquoi s'ingénier à expliquer par des théories plus ou moins suspectes l'action du fer dans la chlorose. Le fer guérit la chlorose, en vertu de la loi de similitude.

Quand l'anémie médicamenteuse produite par le fer chez l'homme sain est semblable à la chlorose, la chlorose guérit; mais, si cette anémie est différente, le fer n'est point indiqué; et si on l'administre néamoins, il échoue.

C'est donc la loi de similitude qui nous rend compte de l'action thérapeutique du fer, et non ses propriétés chimiques.

Mais ce fait est encore démontré par la clinique qui nous apprend qu'un nombre notable de chloroses de forme commune résistent à l'action du fer, quels que soient les doses et le mode d'administration de ce médicament; et que la guérison de ces mêmes cas, rebelles au fer, est obtenu par des médicaments qui n'en contiennent pas un atome.

Dans les cas où une chlorose ordinaire résiste à l'administration du fer, ou ne supporte pas ce médicament même à très faibles doses, nous avons souvent guéri des malades par la pulsatile et le soufre, le premier donné pendant les huit jours qui précèdent les règles et le second pendant les huit jours qui les suivent; l'un et l'autre à la 6[e] dilution. Ces faits sont vulgaires dans la pratique homœopathique.

Si nous voulions relever les observations publiées dans les journaux de notre Ecole, nous trouverions bon nombre de guérisons dues au lycopode, au chlorure de sodium, etc., etc.

C'est donc à tort qu'en pathologie, on a voulu réduire

l'histoire de la chlorose à une question de diminution des globules du sang; et en thérapeutique, le traitement de cette maladie à une question de chimie.

Ici, comme toujours, la matière médicale expérimentale nous enseigne l'action positive du fer sur l'organisme sain; et la loi de similitude fixe les indications de ce médicament dans le traitement des maladies.

C'est encore la clinique qui a fixé les doses et le mode d'administration du fer, et qui a déterminé la meilleure préparation de ce métal.

Entraîné par l'hypothèse de l'action chimique du fer sur le sang, on administre des doses énormes de ce médicament et on a choisi des préparations solubles; guidé par les expériences de Hahnemann sur l'homme sain, nous avons employé des doses analogues à celles qui ont servi à ces expériences, parce que nous sommes persuadé que le fer agit comme médicament, et non comme *aliment*, comme le disent certains auteurs. Nous prescrivons de 2 à 5 centigrammes de limaille de fer trituré avec du sucre de lait, en deux fois dans la journée, au moment des repas.

C'est l'expérience clinique qui nous a appris que le fer métallique agissait mieux que les sels solubles de ce métal; nous n'ignorons pas que le fer métallique introduit dans l'estomac y rencontre l'acide chlorhydrique et est transformé en chlorure, nous ne savons pas, il est vrai, pourquoi ce chlorure naissant agit mieux que les chlorures introduits par la bouche, mais nous nous contentons du fait.

C'est aussi une expérience traditionnelle qui enseigne que le fer doit être administré en mangeant parce que, de cette manière, il ne détermine pas de douleurs d'estomac.

Nous verrons bientôt que dans la chlorose ménorrhagique la loi de similitude indique l'arsenic de préférence au fer, et, cependant, si la théorie chimique était vraie, ce médicament conviendrait parfaitement dans les hémorrhagies puisqu'il augmente le nombre des globules rouges du sang.

ARSENIC. — L'histoire pharmaco-dynamique de l'arsenic est pleine d'erreurs et de contradictions ; les unes et les autres tiennent à deux causes : c'est d'abord, qu'on n'a pas tenu un compte suffisant de cette loi de matière médicale ; tout médicament produit des effets opposés suivant qu'on l'administre à doses faibles ou à des doses fortes.

C'est ensuite, qu'on n'a pas distingué suffisamment les effets thérapeutiques et les effets physiologiques, et qu'on ne s'est pas souvenu qu'ils étaient opposés les uns aux autres.

L'arsenic est-il un tonique ou un hyposthénisant ? Est-il fébrigène ou diminue-t-il la température ? Augmente-t-il le nombre des globules ou diminue-t-il leur proportion dans le sang ? Est-ce enfin un médicament d'épargne ?

L'étude de la matière médicale expérimentale nous permettra d'élucider ces questions et de montrer que ces contradictions ne sont souvent qu'apparentes.

On a conclu de l'histoire des *arsenicophages* du Tyrol qu'à *petites doses*, l'arsenic a une action stimulante incontestable sur la nutrition, qu'il active la circulation et la respiration, qu'il augmente la coloration des globules du sang et en accroît indirectement le nombre, qu'il augmente la force musculaire, qu'il produit du bien-être, l'agilité, et un certain degré d'embonpoint. Nous verrons plus loin, que ces faits ont été contestés et que l'histoire

des arsenicophages est encore à l'état de légende. Quoi qu'il en soit, les petites doses d'arsenic, quand elles sont longtemps prolongées, ou qu'elles rencontrent certaine susceptibilité individuelle, produisent un mouvement fébrile caractérisé par l'élévation de la température et la fréquence du pouls. Ce mouvement fébrile affecte un type rémittent ou intermittent, irrégulier ou régulier. (Harlez, Biett, Orfila, Trousseau et Pidoux, Millet.)

La sécrétion urinaire et salivaire est augmentée, il y a de la soif.

A ces mêmes doses, l'arsenic produit des éruptions cutanées de diverses natures.

Les auteurs qui ont observé les effets produits par l'arsenic sur l'homme sain à petites doses ont dit que ce médicament était tonique et stimulant ; qu'il était *fébrigène*. Gübler, Rabuteau, et la plupart des thérapeutistes affirment que ce médicament diminue les échanges nutritifs ; que l'urée et l'acide carbonique sont excrétés en moindre quantité, qu'en un mot l'arsenic est un médicament d'épargne.

Nothnagel et Rossbach affirment que les expérimentations ont été mal faites et que, quand on a pris toutes les précautions pour éviter l'erreur, l'arsenic à petites doses est sans action sur les échanges nutritifs ; et qu'à doses fortes elle accroît les pertes d'azote, que loin d'être un médicament d'épargne l'arsenic active la désassimilation.

A *doses toxiques*, l'arsenic produit différentes formes d'empoisonnement que nous ne décrirons point ici ; mais qui toutes ont des symptômes communs.

Ces symptômes sont l'abaissement de la température, la diminution de la pression artérielle, un état de collapsus avec tendance aux syncopes et aux lipothymies.

L'action des doses toxiques d'arsenic sur le sang est constante; les globules sont détruits; l'hémoglobine dissoute et liquéfiée passe dans le plasma d'où naissent des hémorrhagies et des ecchymoses.

Il résulte de l'étude de l'action physiologique de l'arsenic à doses différentes, que ce médicament produit des effets très divers.

Nous comprenons maintenant pourquoi les uns en font un tonique et les autres un anémiant; un médicament qui produit la fièvre ou qui abaisse la température. Nous verrons dans le paragraphe suivant comment de ces actions opposées naissent les indications de l'arsenic en thérapeutique.

Thérapeutique. — Nous n'avons point ici à étudier toutes les indications de l'arsenic dans les maladies, mais nous rechercherons si dans les cas où son action curative est incontestable, si cette action est explicable par les hypothèses de sa pathogénésie; ou si elle s'explique plus simplement par la loi des semblables.

L'arsenic a une action curative incontestable dans des formes hien déterminées de métrorrhagies, de diarrhées et de fièvres intermittentes. Ces trois maladies nous serviront d'exemples pour la démonstration de notre thèse.

Métrorrhagie. — Les métrorrhagies qui guérissent par l'arsenic sont celles qui se manifestent à l'époque des règles et qui ont reçues le nom de *ménorrhagies*. La forme de chlorose qui s'accompagne de règles trop fortes et trop prolongées est habituellement guérie par l'arsenic.

On serait tenté d'expliquer cette action thérapeutique de l'arsenic par ses propriétés toniques et reconstituantes;

en s'appuyant sur l'histoire des toxicophages on pourrait encore invoquer en faveur de cette thèse, l'action favorable de l'arsenic sur la nutrition, action qui lui a fait donner le nom de *médicament d'épargne;* mais, nous avons vu que cette opinion avait été réfutée par Nothnagel et Rossbach; ces auteurs ont démontré, en effet, que chez les animaux, les petites doses d'arsenic semblaient être sans influence sur la nutrition, et qu'à hautes doses cette substance loin de retarder la désassimilation l'augmentait au contraire.

Ces mêmes auteurs regardent comme très suspecte l'histoire des arsenicophages du Tyrol; ils font remarquer avec juste raison que le sulfure d'arsenic employé par ces montagnards est une substance presque inerte; que néanmoins l'accoutumance pour cette substance est très contestable puisqu'on a observé 13 cas de mort en deux ans, par empoisonnement arsenical. J'ajouterai que les bons effets que certains individus du Tyrol retirent de l'usage de l'arsenic dépendent probablement d'un état maladif; et que les jeunes filles qui reprennent des couleurs et de la vigueur sous l'influence de l'arsenic sont des chlorotiques.

Quittons donc le domaine des rêveries physiologiques, retournons dans le monde des faits, et nous retrouverons, à la fois dans l'histoire de l'action de l'arsenic sur l'homme sain, et la raison de son action thérapeutique, et les règles qui fixent ses indications et ses doses dans le traitement des maladies.

Nous avons vu qu'administré à dose forte chez les animaux l'arsenic dissolvait les globules, produisait des ecchymoses et des hémorrhagies et amenait un état anémique très prononcé.

Ces effets physiologiques de l'arsenic expliquent par-

faitement l'action de cette substance dans le traitement de la *chlorose ménorrhagique*, et dans celui des hémorrhagies.

Ces effets de l'arsenic sur les globules sanguins étant dus à des doses fortes et longtemps continuées, nous en avons conclu que la dose thérapeutique pour les cas de ménorrhagie devait être relativement forte, c'est pourquoi nous prescrivons dans ces cas les premières triturations du médicament, de préférence aux atténuations élevées, nous conformant, dans ce cas, à une règle de posologie que nous avons formulée en ces termes, il y a plusieurs années :

« Quand un médicament produit à petites et à fortes « doses deux actions opposées, choisir pour le traitement « d'une maladie la dose qui produit chez l'homme sain un « effet analogue à celui qu'il s'agit de combattre chez « l'homme malade. »

Dans le cas présent, la clinique nous a donné raison, et ce sont les premières triturations continuées pendant des semaines qui réussissent dans le traitement de la chlorose hémorrhagique et dans celui des ménorrhagies qui ne sont point dues à une lésion organique.

Diarrhée. — Le symptôme le plus constant de l'arsenic est la production de la diarrhée, et si on relève la constipation dans ses effets physiologiques, c'est comme un phénomène absolument rare et passager, constamment produit par ces doses infiniment petites, comme cet exemple cité par Harlaub et Trinks, où la constipation avec colique avait été produite par les émanations de bougies empoisonnées par l'arsenic.

Entre ces deux symptômes opposés, diarrhée et constipation, il est incontestable que c'est le premier qui a la

plus grande importance puisqu'il se produit toujours à l'état physiologique pourvu que l'arsenic soit donné à doses suffisantes ou continué assez longtemps. L'action curative de l'arsenic est donc une application naturelle de la loi de similitude et il est inutile de rechercher dans des propriétés reconstituantes, absolument hypothétiques, l'explication d'une action curative qui a sa raison d'être dans le *similia similibus curantur.*

La diarrhée arsenicale, nous l'avons vu, est produite par des doses assez fortes. De ce fait, nous avons tiré le précepte que la dose thérapeutique préférable était une des premières triturations.

Fièvre intermittente. — Comme tous les médicaments, l'arsenic produit chez l'homme sain, deux symptômes opposés; l'élévation de la température et son abaissement, l'accélération du pouls et son ralentissement. Ce fait est incontestable, mais l'esprit de système, et peut-être aussi le désir d'être désagréable aux médecins homœopathes ont entraîné certains thérapeutistes (Rabuteau) à nier les *propriétés fébrigènes* de l'arsenic.

Hahnemann, dès le commencement de ce siècle, avait établi sur des expérimentations nombreuses que l'arsenic produisait un mouvement fébrile caractérisé par le frisson, la chaleur et la sueur; que la caractéristique de ce mouvement fébrile était une soif excessive, une anxiété qui ne permet aux malades de ne trouver de repos nulle part.

Ce mouvement fébrile revenait sous ce type quotidien, tierce, quarte.

Hirtz, Harlès, Biett, Trousseau et Pidoux ont noté expressément la propriété qu'avait l'arsenic de produire un

mouvement fébrile rémittent ou intermittent, à type régulier ou irrégulier.

Trousseau et Pidoux ne pouvaient accepter, purement et simplement, un fait aussi favorable aux doctrines homœopathiques; aussi ont-ils trouvé une explication aussi inattendue qu'ingénieuse pour expliquer cette propriété de l'arsenic de produire chez l'homme sain un mouvement fébrile régulier. C'est, disent-ils, parce qu'on a administré l'arsenic d'une manière régulièrement périodique, que ce médicament a produit des symptômes fébriles revenant à la même heure.

C'est déjà avouer que l'arsenic produit la fièvre. Quant à l'explication fantaisiste de la régularité du rythme, elle tombe devant ce fait bien connu, que Hahnemann administrait les médicaments d'expériences d'une manière continue ; que Biett donnait aussi l'arsenic sans interruption, pendant plusieurs jours, et enfin que dans les empoisonnements, l'arsenic était le plus souvent administré dans une seule dose.

L'action curative de l'arsenic dans les fièvres intermittentes relève donc uniquement de la loi de similitude. L'arsenic guérit la fièvre intermittente parce qu'il la produit; chercher une autre explication, c'est se perdre volontairement dans le monde des chimères.

Les médecins homœopathes ont depuis près d'un siècle, formulé des indications de l'arsenic dans le traitement de la fièvre intermittente, ils ont déterminé le type et les symptômes accessoires qui devaient faire préférer l'arsenic au sulfate de quinine, à la noix vomique, et aux autres médicaments des fièvres palustres. Boudin, qui, dans ces derniers temps, a attaché son nom à la thérapeutique arsenicale dans les fièvres intermittentes, n'est qu'un

triste plagiaire, comme il y en a tant à notre époque; voleur maladroit, il a compromis la valeur de cette thérapeutique en l'appliquant à la généralité des cas et en exagérant les doses.

Nous devons répondre encore à la théorie microbienne qui a tenté d'expliquer l'action thérapeutique de l'arsenic par ses propriétés parasiticides. Jamais les propriétés parasiticides de l'arsenic n'auraient indiqué ce médicament dans des maladies aussi diverses que la fièvre intermittente, les exanthèmes chroniques, la diarrhée chronique, l'asthme et la chlorose hémorrhagique, pour ne parler que des principales indications de ce médicament.

Je sais bien qu'il y a une école qui suppose un microbe à l'origine de chaque maladie, et par conséquent qui trouve une indication suffisante de l'arsenic dans ses propriétés parasiticides; mais sans compter que la thérapeutique antiseptique n'est encore, au moins pour la partie médicale, qu'à l'état d'hypothèse, pourquoi l'arsenic au lieu du sublimé, de l'acide phénique ou d'un parasiticide quelconque? Pourquoi, en particulier la fièvre intermittente, l'arsenic guérit-il des cas qui résistent au sulfate de quinine, et réciproquement, si ces deux médicaments n'agissent qu'en vertu de leurs propriétés antiseptiques?

Serait-ce, par hasard, que les microbes seraient différents? Mais il faudrait le démontrer, puis établir que ce microbe n'est détruit que par le médicament qui guérit la forme de fièvre intermittente due à ce microbe. Mais encore un coup, s'il ne s'agit que de tuer un microorganisme pour guérir la fièvre intermittente, pourquoi ne pas prescrire le sublimé qui tue tous les microbes.

L'arsenic ne guérit ni toutes les fièvres intermittentes, ni tous les exanthèmes, ni toutes les diarrhées, ni tous

les asthmes, ni toutes les chloroses ; il guérit seulement les formes morbides dont l'ensemble des symptômes et des lésions ressemble aux effets produits par ce médicament chez l'homme sain. C'est donc la loi de similitude qui doit nous guider dans la prescription de l'arsenic, et non une propriété parasiticide qu'il partage avec tant d'autres substances, et, encore moins, une action tonique purement hypothétique.

Quinquina. — Le quinquina est certainement le médicament le plus héroïque de la matière médicale. Son action curative dans les fièvres intermittentes a fixé tout d'abord son importance dans la thérapeutique, mais les explications fantaisistes sur son *action tonique* et ses applications hypothétiques au traitement d'un grand nombre de maladies ne tardèrent point à rendre obscures et douteuses les indications de ce médicament. C'est à Hahnemann que nous devons la première étude sérieuse sur les effets du quinquina chez l'homme sain et, depuis lui, de nombreux travaux, bien que trop souvent encore entachés d'explications systématiques, ont complètement élucidé les effets physiologiques du quinquina.

Dans un premier paragraphe nous étudierons le quinquina comme fébrigène. Dans le second paragraphe nous étudierons le quinquina comme antiseptique. Dans un troisième paragraphe, nous exposerons les propriétés exanthémogènes du quinquina. Dans un quatrième, l'action du sulfate de quinine sur le cœur. Nous terminerons en démontrant que le quinquina n'est point un tonique.

Le quinquina est-il fébrigène ? — Hahnemann a démontré par ses expériences faites sur l'homme sain

à l'aide de teinture de l'écorce pulvérisée du quinquina officinal, que ce médicament produisait un mouvement fébrile analogue à la fièvre intermittente; or, comme le quinquina guérit la fièvre intermittente, la plupart des thérapeutistes plus ennemis de l'homœopathie qu'amis de la vérité ont fait tout au monde pour battre en brèche ce grand fait de pharmaco-dynamie. Ces efforts d'une critique passionnée et aveugle sont restés impuissants. Les faits observés par les expérimentateurs de toutes les écoles démontrent qu'avant de produire la diminution de la fréquence du pouls, la diminution de la pression sanguine, et l'abaissement de la température, les sels de quinquina produisaient d'abord un effet inverse, c'est-à-dire l'accélération du pouls, l'augmentation de la pression artérielle, et l'élévation de la température; qu'en résumé, comme l'avait démontré Hahnemann, le quinquina produisait la fièvre.

Bretonneau décrivit carrément la fièvre quinique (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*); Gübler confirme l'assertion de Bretonneau, et s'appuie sur l'opinion d'un grand nombre d'observateurs pour affirmer que le quinquina produit un accès de fièvre complet (Commentaires sur le Codex).

Ainsi, ce déchaînement des haines contre l'homœopathie aboutit en résumé à la confirmation des travaux de Hahnemann. Du reste, *la loi de similitude* repose sur un ensemble de faits tellement nombreux que si l'expérimentation n'avait pas démontré *l'action fébrigène* du quinquina, nous n'aurions eu à constater qu'une exception ou plutôt qu'une lacune à la grande loi des indications thérapeutiques.

Voyons maintenant quels sont les caractères du mouvement fébrile produit par le quinquina.

Le froid s'accompagne le plus souvent de tremblement avec claquement des dents ; il est habituellement sans soif et accompagné de nausées et de vomissements. *La chaleur* qui alterne d'abord avec le froid existe ensuite seule, devient intense, s'accompagne de rougeurs de la face, de gonflement des veines et de picotements à la peau ; la sueur est générale et excessive.

Hahnemann dans ses expériences a observé des cas qui rappelaient des accès pernicieux : face hippocratique, nez effilé, yeux caves et cernés ; pendant le sommeil un des yeux est demi-clos, et l'autre ouvert. (*Fragmenta*. Etudes sur le quinquina.)

Le quinquina produit donc chez l'homme sain un mouvement fébrile défini et analogue à la fièvre intermittente.

Le quinquina est-il un antiseptique? — Le sulfate de quinine est antiseptique, il tue les micro-organismes : vibrions, bactéries, et infusoires.

De ce fait, on a conclu que le sulfate de quinine était indiqué dans tous les cas de septicémie. Expérimentalement on a essayé, chez les animaux, de guérir la fièvre septique provoquée et, malgré les doses énormes, Popow n'a pu faire baisser la température et les guérisons ont eu lieu dans les mêmes proportions que par expectation.

En clinique, on a prescrit le sulfate de quinine dans le traitement de toutes les maladies infectieuses : diathèse purulente, fièvre typhoïde, variole, pneumonie, rhumatisme articulaire aigu et, contrairement à la théorie, le sulfate de quinine a échoué dans tous ces cas excepté

quand le processus morbide revêtait le type intermittent.

Chez l'homme, Socin prétend avoir obtenu de bons effets du sulfate de quinine, mais a été obligé de donner ce médicament aux doses énormes de 6 à 7 grammes par jour. Hüter, qui a fait les mêmes expériences, affirme qu'il a obtenu un abaissement de température, mais jamais de guérison. Aussi Nothnagel et Rossbach auxquels nous empruntons ces faits, concluent que le sulfate de quinine ne peut rien contre la septicémie, et que les alcools lui sont préférables.

On n'a rien obtenu non plus du sulfate de quinine dans la variole. Dans la pneumonie il abaisse la température, mais, même à la dose de 5 grammes, il est sans influence sur l'évolution de la maladie. Dans la fièvre typhoïde son action curative, disent Nothnagel et Rossbach, est à peu près nulle.

En résumé, le sulfate de quinine, quoique étant un antiseptique de premier ordre, un agent qui détruit les microbes, reste sans action curative même aux doses de 6 à 7 grammes, *quand il n'est pas indiqué.*

Quand le sulfate de quinine est-il indiqué ?

Le sulfate de quinine est indiqué toutes les fois qu'il existe un mouvement fébrile analogue à celui qu'il produit chez l'homme sain.

L'expérience clinique a confirmé depuis longtemps cette loi d'indication en montrant qu'il existait toutefois une exception : le mouvement fébrile intermittent symptomatique de la tuberculose qui est constamment, ou presque constamment, rebelle à l'action du sulfate de quinine.

Le sulfate de quinine retrouve toute sa puissance dans les cas de diathèse purulente, de pneumonie et de fièvre typhoïde quand le mouvement fébrile revêt le type inter-

mittent; dans les autres cas son action est nulle, quelles que soient les doses qu'on emploie; c'est une perte de temps de le prescrire et il faut avoir recours aux autres médicaments de la diathèse purulente, de la pneumonie, et de la fièvre typhoïde.

Nous concluerons donc des travaux de Hahnemann et de ceux de nos contemporains, que les indications du sulfate de quinine dans le traitement des maladies relèvent de la loi de similitude et non des propriétés antiseptiques incontestables de ce médicament.

Le quinquina empêche-t-il la formation du pus? — L'expérimentation sur les animaux ayant démontré que sous l'action du sulfate de quinine les globules blancs du sang perdent leur mouvement amiboïde et diminuent de nombre, on en avait conclu, à l'époque où l'on regardait la suppuration comme une transfusion des globules blancs du sang, que le sulfate de quinine empêchait la formation du pus. C'est là une erreur universellement reconnue.

Le quinquina est-il exanthémogène? — Tous les auteurs s'accordent aujourd'hui pour reconnaître les propriétés exanthémogènes du quinquina et du sulfate de quinine. La thèse de M. Jeudi de Crissac résume la plupart des faits connus d'éruption produite par le sulfate de quinine.

Le caractère dominant de ces éruptions est la rougeur de la peau avec gonflement et chaleur brûlante, quelquefois il y a production de vésicules ou de bulles remplies d'eau. L'érysipèle et l'eczéma aïgu sont les deux types qui répondent à ces éruptions.

La loi de similitude nous a conduit à appliquer sûrement le quinquina et le sulfate de quinine au traitement de l'eczéma aïgu et de l'érysipèle.

Le professeur Jaccoud a préconisé depuis bien longtemps le vin de quinquina dans le traitement des érysipèles et il est certain que cette pratique a donné de fort beaux succès. Pour nous, ces succès sont tout naturels, ils sont le résultat de l'application de la loi de similitude, mais M. Jaccoud, dont l'esprit n'est point éclairé par la réforme hahnemannienne et qui vit dans l'ombre de la thérapeutique physiologique, donne une explication fantaisiste de l'heureuse action du vin de quinquina dans le traitement de l'érysipèle. Le délire de l'érysipèle serait produit par l'anémie cérébrale et le vin de quinquina guérirait l'érysipèle en détruisant l'anémie.

Si les explications physiologiques de l'action des médicaments ne vivaient pas *ce que vivent les roses* nous opposerions à l'explication du professeur Gübler qui explique les symptômes cérébraux produits par le sulfate de quinine par l'anémie cérébrale, et nous dirions que c'est en vertu de la loi de similitude que le quinquina guérit les symptômes cérébraux de l'érysipèle; mais probablement qu'aujourd'hui M. Jaccoud explique l'action curative du quinquina dans l'érysipèle par les propriétés antiseptiques de ce médicament.

Laissant de côté ces théories contradictoires, nous dirons: que le quinquina est le médicament principal de l'érysipèle grave même sans symptômes cérébraux et qu'il faut ajouter à ce médicament de fortes doses de sulfate de quinine quand le mouvement fébrile devient intermittent.

Le sulfate de quinine à petites doses (premières tritu-

rations) nous a été très utile dans le traitement de l'eczéma aigu.

Ces indications sont fournies par la loi de similitude et confirmées par une expérience clinique déjà longue.

Action du sulfate de quinine sur le cœur. — Nous dirons seulement un mot de cette action du sulfate de quinine qui a été surtout mise en lumière par Rabuteau.

A petites doses, le sulfate de quinine excite les fibres lisses et les fibres striées du système musculaire, il augmente la force de contraction du cœur, accroît la pression artérielle et est diurétique.

A fortes doses, le sulfate de quinine produit les effets contraires; la pression artérielle diminue, le cœur se paralyse, et la mort arrive par la syncope. Le sulfate de quinine est donc un poison du cœur.

Cette action du sulfate de quinine sur le cœur est très analogue à celui de la digitale et des autres poisons cardiaques; il y a là une source d'indications que la clinique n'a pas encore suffisamment précisées.

Le quinquina est-il un tonique? — Il faut en finir une bonne fois avec ces propriétés hypothétiques des médicaments. Nous avons professé bien des fois qu'il n'y avait point de médicaments toniques directs, que les médicaments étaient des toniques indirects quand ils guérissaient les malades. Que les vrais toniques appartenaient à l'hygiène et principalement à l'alimentation, à l'aération, à l'eau froide, et à la gymnastique.

Nous sommes heureux de trouver ces mêmes idées exposées et défendues avec une grande autorité, dans le livre de Nothnagel et Rossbach. Pour ces auteurs le quin-

quina, loin d'être un tonique, serait un débilitant. Nous citerons en entier le passage où cette opinion est exposée.

« Chez les individus à l'état sain la quinine n'est pas « même un tonique indirect ; loin d'augmenter l'appétit, « de favoriser la digestion, elle les trouble au contraire, « provoque même des nausées, en faisant diminuer la « quantité d'aliments absorbés, elle affaiblit plus les « forces qu'elle ne les augmente en ralentissant les « échanges organiques. . . . .

« Il s'ensuit qu'on doit considérer la quinine comme « déterminant sur un organisme sain un affaiblissement « plutôt qu'un accroissement des forces. » (Nothnagel et Rossbach, p. 542.)

C'est la clinique, et non les propriétés antiseptiques du quinquina qui a fixé les doses et les modes d'administration de ce médicament. Ce sont les doses fortes (1 à 2 grammes) qui conviennent dans le traitement des fièvres intermittentes et de l'érysipèle ; ce sont les doses faibles (quelques centigrammes) qui guérissent l'eczéma, la surdité, le rhumatisme et la goutte.

Dans la fièvre intermittente, le sulfate de quinine doit être administré en une fois le plus loin possible de l'accès à venir.

C'est Torti qui a posé cette loi confirmée par la généralité des médecins de nos jours. En se basant sur le moment où le sulfate de quinine a été éliminé en plus grande quantité par les urines, quelques médecins systématiques ont fixé l'administration du médicament six heures avant le retour de l'accès ; or, cet espace de temps est insuffisant pour le développement de l'action du sulfate de quinine, surtout quand le retour des accès se fait suivant un type éloigné comme le type tierce et le type

quarte. Nous avons observé des cas où le sulfate de quinine, administré douze heures avant le retour des accès à type quarte, n'empêchait point cet accès, et cependant, sans qu'une autre dose ait été administrée, l'accès qui devait revenir deux jours plus tard, manquait absolument. Preuve que douze heures, et à plus forte raison six heures, ne suffisent point pour permettre au sulfate de quinine de développer son effet curatif.

Des expériences récentes, faites sur les urines des fébricitants, ont du reste démontré que les changements qui marquent le début de l'accès précédaient souvent le frisson initial de plusieurs heures; en sorte que, administrer le sulfate de quinine seulement six heures avant le début apparent de l'accès, c'est par le fait l'administrer quand l'accès est déjà commencé.

Dans l'érysipèle, la dose forte de quinquina doit être divisée et administrée toutes les deux heures ; dans les autres maladies les doses faibles doivent aussi être données en doses fractionnées pendant les vingt-quatre heures.

Pourquoi tantôt le quinquina, tantôt le sulfate de quinine ? Pourquoi cette variété de doses et de modes d'administration, si le sulfate de quinine agissait comme antiseptique ?

Ces différents modes d'administration et ces doses variées confirment donc notre démonstration, à savoir que le quinquina agit suivant la loi de similitude.

Dr P. Jousset.

REVUE CRITIQUE

De l'action thérapeutique des médicaments comparée à leur action physiologique.

Récemment encore, le Professeur Lépine, de Lyon, faisait voir que l'*action physiologique* des substances médicamenteuses est quelquefois opposée à leur *action thérapeutique*. Voici aujourd'hui que le docteur Henri Huchard proteste contre cette étrange prétention des laboratoires de physiologie de nous imposer leurs conclusions thérapeutiques fondées sur des expériences de quelques minutes, ou de quelques heures, sur les animaux. Pour nos lecteurs qui connaissent l'esprit si distingué, si indépendant du médecin de l'hôpital Bichat, c'est une fortune sans pareille de voir nos idées soutenues par un auxiliaire d'une telle valeur : action parallèle à la nôtre, mais dont la portée dépasse la nôtre.

En quelques pages, nous avons sous les yeux une éloquente revendication des droits de la médecine. Les cliniciens devaient-ils s'émouvoir, dit-il, de cette récente affirmation que l'*iodure de sodium* doit être rejeté, parce qu'il est peu toxique par rapport à l'iodure, dont la toxicité est considérable ? Est-ce donc la toxicité qui fait le pouvoir thérapeutique? Puis on oublie que l'action bienfaisante des iodures, dans l'artério-sclérose, est due à l'iode et non à l'alcali ; or le sel de sodium renferme plus d'iode que celui de potassium. Les physiologistes se trompent, d'autre part, en méconnaissant que l'action thérapeutique est prolongée pendant des semaines, vis à vis des effets fugaces observés sur les animaux ; ils mé-

connaissent aussi bien l'enseignement de Claude Bernard, lequel dit expressément qu'il ne faut pas subordonner la pathologie à la physiologie. Bernard était donc plus clinicien que Gubler, qui considérait la thérapeutique comme un corollaire physiologique.

Peut-on d'ailleurs conclure rigoureusement des animaux à l'homme ? L'action physiologique d'un même médicament est cependant différente suivant l'espèce d'animaux : la grenouille rousse possède d'autres réactions que la grenouille verte; certains animaux sont réfractaires à la belladone. Et puis les effets annoncés dans le laboratoire ne se vérifient pas toujours au lit du malade.

Le *sulfate de quinine* n'agit pas de la même manière sur l'homme sain et sur le malade : il n'abaisse pas la température de l'homme sain, et il abaisse celle du malade. M. Huchard aurait pu ajouter que les deux actions sont même inversés, attendu que la quinine élève quelquefois la température des sujets en bonne santé, ainsi que M. Lépine en est lui-même convenu, après Hahnemann. En ce qui concerne la *digitale*, les physiologistes se sont-ils jamais entendus? Traube n'a-t-il pas admis successivement trois ou quatre modes d'action? Prenez un eusystolique : la digitale n'augmente pas chez lui la quantité des urines, elle provoque presque toujours la diurèse chez l'asystolique. Avec tout le respect que nous professons pour notre éminent confrère, nous nous permettrons de lui dire qu'il n'existe d'autre différence entre nous que l'admission de la *loi de similitude* : l'avenir se chargera de niveler les écoles.

Je ne puis faire mieux que de transcrire les dernières

paroles de M. Huchard (Société de thérapeutique, 26 mars 1890) :

« La clinique et la physiologie doivent s'appuyer réciproquement l'une sur l'autre, avec cette restriction que la seconde a toujours besoin du contrôle de la première. A ce sujet, les physiologistes qui font table rase des enseignements de la clinique, et les cliniciens qui s'en tiennent à l'empirisme, feront bien de méditer ces paroles de notre maître à tous, de Claude Bernard :

« Ceux, dit-il, qui veulent aujourd'hui tout expliquer en médecine par la physiologie, prouvent qu'ils ne connaissent pas la physiologie et qu'ils la croient plus avancée qu'elle n'est. Ceux qui repoussent systématiquement les explications physiologiques en médecine, prouvent qu'ils ne connaissent pas le développement de la médecine scientifique et qu'ils se trompent sur son avenir.

« Voilà en quels termes s'adressait Claude Bernard aux physiologistes à outrance et aux médecins retardataires. Voilà comment les médecins peuvent placer la clinique sous la sauvegarde de notre grand physiologiste, qui était plus qu'un expérimentateur... Et l'on peut terminer par cette citation un peu modifiée de Baglivi : *In medicina majorem vim facit observatio quam experentiæ*. »

D^r^ PIEDVACHE.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

DÉGÉNÉRESCENCE KYSTIQUE DES REINS CHEZ UN FŒTUS DE HUIT MOIS. — ACCIDENTS DE LA FILARIOSE. — GROSSESSE TUBAIRE ROMPUE DANS LE PÉRITOINE. — DE LA GRIPPE AU POINT DE VUE CHIRURGICAL. — EFFETS PHYSIOLOGIQUES DES EAUX MINÉRALES. — CONTAGION DE LA MORVE PAR LA PEAU. — DU VACCIN DE LA CHÈVRE.

I

Les cas de *dystocie*, par *excès de volume des reins du fœtus*, sont assez rares pour donner un grand intérêt au fait suivant, présenté par M. Guéniot :

Une domestique, de 23 ans, accouche à la Maternité le 12 avril. Après le dégagement de la tête et des bras, le tronc œdématié ne passe pas; il faut, pour l'extraire, pratiquer l'éviscération. Les deux reins, énormes, s'étendent des hypocondres aux crêtes iliaques; leur substance propre est remplacée par une multitude de petits kystes, dont les plus volumineux ne dépassent pas les dimensions d'une graine de lentille; leur contenu est liquide, clair et sans odeur. Les calices et le bassinet sont perméables, ainsi que l'uretère. Vaisseaux rénaux très petits et atrophiés. Cœur hypertrophié, sans lésions valvulaires. L'examen histologique a montré que les kystes étaient développés soit aux dépens des tubes non encore contournés, soit aux dépens des capsules des glomérules.

Aucune étiologie vraisemblable ne peut être invoquée ; mais le fait est très intéressant, au point de vue de l'accouchement.

II

La *Filariose* laisse encore bien des points obscurs : M. Lancereaux a fait, le 29 avril, un rapport sur deux observations de cette nature, adressées, l'une par M. Maurel, l'autre par le Dr de Magalhæs (de Rio). Dans le premier, ce qui est remarquable, c'est le début brusque et la présence, dans l'urine, de caillots. Dans un autre cas dû également à M. Maurel, il n'y eut jamais d'hémato-chylurie, de sorte que le filaire fut découvert par hasard à l'examen microscopique du sang. La filariose peut donc exister longtemps sans altérations graves de la santé.

Mais l'observation du Dr Magalhæs nous fait connaître un grave danger, c'est celui des *opérations pratiquées sur les sujets affectés de cette maladie*. Notre confrère voulut débarrasser son malade d'une hydrocèle dont il était atteint : la nuit même qui suivit l'opération, frisson violent et mort dans les cinquante-quatre heures. A l'autopsie, on trouva les lymphatiques des cordons spermatiques et des lymphatiques lombaires remplis de pus : péritoine intact, embryons de filaires en grand nombre dans les caillots du cœur. De pareil accidents avaient déjà été signalés par *Nélaton, Trélat* et d'autres ; moralité : ne pas toucher à ces malades.

III

M. Polaillon met sous les yeux de l'Académie un fœtus de deux mois et demi extrait de la cavité abdominale, et mort depuis plusieurs mois. Etant grosse, la mère, âgée

de 26 ans, fit un effort violent et ressentit aussitôt une douleur aiguë dans le ventre, et continua cependant de vaquer à son service de domestique : un mois plus tard, elle entrait à l'hôpital. On crut à une ovaro-salpingite, et la laparotomie fut décidée. Elle fut pratiquée le 15 mars dernier. Le chirurgien trouva *la trompe rompue* et le *fœtus libre dans la cavité abdominale*, avec les traces d'une péritonite restée localisée. Le placenta était bien inséré dans la trompe. Trompe et ovaire furent enlevés ainsi que les caillots, le péritoine abondamment lavé et l'incision suturée. L'opérée s'est promptement rétablie.

IV

Sans vouloir faire un tableau complet d'un sujet encore presque inconnu, M. Verneuil étudie la *Grippe au point de vue chirurgical*, et examine successivement :

1° Les affections d'ordre chirurgical engendrées par la grippe ;

2° Les opérations chirurgicales dans le cours ou pendant la convalescence de la grippe ;

3° L'action que la grippe, à titre de maladie intercurrente, exerce sur les blessures et opérations, et sur les différentes affections chirurgicales non traumatiques.

Une bonne thèse a déjà été soutenue sur le sujet : celle de M. Jarre (*De quelques complications suppuratives de la grippe*, mars 1890).

Les complications suppuratives de la grippe sont en effet les mieux connues : les otites, signalées de longue date ; des conjonctives ; la parotidite ; les pleurésies, péritonites, péricardites purulentes ; les furoncles, abcès superficiels sous-cutanés, palpébraux, ganglionnaires ou profonds, intra ou sous-musculaires, sous-périostiques,

gutturaux, amygdaliens, même dans les sinus frontaux, ou l'antre d'Hygmore, et certaines articulations. La diathèse purulente s'est montrée quelquefois avec ses signes classiques. On a vu, d'autre part, l'inflammation suppurative s'étendre aux méninges cérébraux : un vaste champ est donc ouvert à l'intervention chirurgicale; celle-ci n'est nullement contre-indiquée.

Un des cas les plus curieux qui aient été publiés jusqu'à ce jour est celui d'une grippe compliquée, dans la convalescence, de broncho-pneumonie, d'abcès sous-pleural à pneumocoques, d'arthrite sterno-claviculaire, d'endocardite végétante et terminée par la mort. On y voit un exemple bien net de convalescence indécise, de retour offensif des accidents; on constate, en second lieu, la gravité plus grande de la rechute, sans qu'il ait été élucidé si des imprudences ont été commises. Pourquoi l'abcès sous-pectoral? Il n'y a point eu de contusion. L'abcès a été traité à temps, et aurait guéri sans la broncho-pneumonie.

Le même microbe fut ici rencontré dans toutes les lésions; mais est-il juste d'en conclure, comme le fait M. Verneuil, que le traitement médical doit rester impuissant jusqu'à la découverte du spécifique parasiticide ? Nous nous inscrivons contre une si grosse erreur. Ce qu'il faut accorder à M. Verneuil, c'est la nécessité d'une intervention prompte dans les accidents chirurgicaux de la grippe. Suit une observation de diathèse purulente consécutive à la même maladie : pas d'autopsie. La diathèse fut provoquée par l'opération d'une tumeur du sein, d'où il faut inférer que les opérations, non urgentes, doivent être remises, en temps d'épidémie de grippe. J'en tire une autre conclusion, c'est que l'antisepsie, si admirable

qu'elle soit, n'a pas supprimé la diathèse purulente : elle n'en a supprimé que les occasions les plus fréquentes.

Il est admis que c'est le microbe de la pneumonie que l'on trouve dans les abcès multiples : très bien. Cela prouve une fois de plus que plusieurs espèces de microbes entrent en jeu dans la pyogénèse, et que celle-ci relève de conditions supérieures non encore toutes connues, parmi lesquelles il faut maintenant compter la grippe.

M. Verneuil rappelle fort justement que la grippe n'est pas guérie par ce seul fait que ses manifestations bruyantes ont disparu ;

Qu'elle est suivie d'une convalescence indéterminée et longue ;

Que pendant cette convalescence, le malade reste en état de maladie latente ;

Que les rechutes sont le plus souvent provoquées par des causes banales, mais qu'une blessure peut également les occasionner ;

Qu'une opération pratiquée dans ces circonstances offre les plus grands dangers, vu qu'elle peut être suivie de diathèse purulente. Les opérations, sauf urgence excessive, seront ajournées.

On a observé, en outre, à la Charité, un retard remarquable dans la cicatrisation des plaies non réunies ; de la fièvre après la réunion immédiate, obligeant de défaire le pansement. Là aussi, il y a eu des broncho-pneumonies après les opérations. A *Bordeaux*, M. Demons est arrivé aux mêmes conclusions. A *Londres*, le Dr Bennet a vu, chez quatre opérés, de l'infection purulente attribuable à l'épidémie régnante, et M. Bennet ajoute : « En vérité, pour retrouver dans ma mémoire de tels exemples de

pyoémie aiguë, il faut me reporter à la période pré-antiseptique de la chirurgie. »

Enfin deux faits autorisent M. Verneuil à penser que le processus des néoplasmes est quelquefois singulièrement aggravé par une grippe intercurrente. Le sujet est loin d'être épuisé.

V

Poussés, quoiqu'ils en aient, par l'œuvre de Hahnemann, les médecins de la vieille école se rendent compte aujourd'hui de la nécessité d'étudier l'action physiologique des médicaments; or les eaux minérales sont des médicaments, et voici que les jeunes stagiaires, que l'Académie envoie, chaque année, étudier une eau déterminée, entrent résolument dans cette voie. Si je veux dire quelques mots du rapport de M. Robin sur les travaux de ces stagiaires, c'est afin de bien accuser cette tendance.

Les stations qui, cette année, ont été l'objet de ces sortes de missions sont : *Miers*, *Dax*, *Salies de Béarn* et *Hamman R'Irha*.

M. Gresset rapproche Miers de Carlsbadt : la richesse en sulfate de soude est en effet à peu près la même, mais Miers est une eau froide, tandis que la haute thermalité de Carlsbadt lui crée de suite une place à part. Quoiqu'il en soit, l'eau de Miers, à la dose de 3 à 400 grammes, augmente les contractions intestinales et la sécrétion urinaire. De 1 à 2 litres, elle est laxative; mais en espaçant les verres d'eau à longs intervalles, on n'obtient que l'effet diurétique. Les fonctions circulatoires et nerveuses ne seraient pas profondément influencées. Disons cependant de suite, et une fois pour toutes, que le défaut de pareilles

études est de ne pas distinguer, dans les essais des eaux, l'homme sain de l'homme malade : cela est cependant aussi essentiel ici que pour tous les autres médicaments, vu que, dans les deux cas, les actions peuvent être directement opposées.

M. Bottarel, à Dax, a fait sur lui-même quelques expériences assez bien conçues, dit le rapporteur, mais bien élémentaires : pendant le bain de boues, la température et le pouls s'élèvent, et la surface cutanée se congestionne, aux dépens des centres. Pour cela, la durée du bain importe beaucoup plus que sa température.

D'après M. Gauly, le bain de Salies de Béarn augmente légèrement le pouls, la respiration et la température, tout en n'exerçant qu'une action minime sur le poids du corps, quand toutefois le sujet est soumis à un régime d'entretien.

Hamman R'lhra est une station à la fois hivernale et thermo-minérale : 29 à 60° ; les eaux sont sulfatées, calciques, magnésiennes, chlorurées, sodiques et silicatées. La source froide est légèrement ferrugineuse. Aucun détail sur l'action physiologique de ces eaux.

VI

Dans la séance du 20 mai, M. Cornil lit un rapport sur un travail de M. Babes remontant à 1888 et tendant à démontrer que les bacilles de la morve obtenus par culture, peuvent donner la morve par pénétration de la peau saine. On frictionne la peau avec une pommade contenant les bacilles: cela réussit quelquefois. M. Nocard, répétant ces expériences, a ainsi communiqué la morve à 2 cobayes sur 15. L'examen histologique a démontré à M. Cornil que les bacilles pénètrent par les follicules pileux.

Il se développe à la surface de la peau des papules morveuses, lesquelles sont constituées par des vaisseaux et des follicules hypertrophiés : la cavité de ceux-ci est remplie d'une quantité considérable de bacilles, qui se colorent très bien. Leurs couches épithéliales sont épaissies, avec quelques cellules en kariokinèse ; les bacilles pénètrent entre les cellules épithéliales, d'où ils gagnent les fentes et les vaisseaux lymphatiques. Le tissu conjonctif est un peu enflammé autour des follicules, mais, comme le tissu conjonctif en contient très peu, il est évident que c'est par les fentes lymphatiques que les microbes pénètrent directement des follicules pileux.

Quoiqu'il en soit, on me parait avoir saisi sur le fait un des modes de contagion par la peau. Aussi bien, le mot de contagion n'a pas d'autre raison d'être ; les médecins ont toujours admis cette voie de transmission des maladies et voilà tout le monde d'accord.

VII

M. Hervieux a entrepris des expériences sur la valeur du *vaccin de la chèvre*. Voici ses conclusions :

1° Si l'on inocule une chèvre soit avec du vaccin de génisse, soit avec du vaccin humain, les pustules évoluent comme celles de la génisse ;

2° L'inoculation au bras humain produit le même résultat ;

3° Le vaccin de chèvre se conserve aussi bien que celui de génisse ;

4° En passant par les bras humains, le vaccin de chèvre conserve les qualités de la vaccine classique.

Malheureusement, le vaccin de chèvre est peu abondant ;

car son grand avantage est que cette espèce ne devient jamais tuberculeuse.

Dr Piedvache.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HOMŒOPATHIE.

Délire dans la pneumonie — Digitaline dans l'asystolie

M. le Dr Tessier signale, à propos du procès-verbal, deux médicaments du zona dont on n'a pas parlé dans la séance précédente, *cistus canadensis* et *clematis erecta* ; ce dernier a été recommandé par Prost-Lacuzon et il y a fort longtemps par Hartmann.

Le Dr P. Jousset fait sur le délire dans la pneumonie et son traitement, une communication que nous avons publié plus haut (1).

Le Dr Chancerel fait remarquer à propos de l'indication du stramonium, que Benninghausen avait signalé, qu'il produisait la lenteur du pouls et qu'il regardait ce symptôme comme capital; il a donné souvent ce médicament avec succès dans la fièvre typhoïde, lorsqu'il existait du mutisme, particulièrement chez deux malades de l'hôpital Hahnemann, l'année dernière. Il a publié d'autres cas de pneumonie avec lenteur du pouls, comme signe caractéristique de l'emplois de stramonium.

Le Dr Piedvache n'a qu'un mot à dire sur l'observation du Dr Chancerel, à propos de la lenteur du pouls ; ce symptôme est une indication des trois solanées qui le produisent ; c'est un symptôme primitif : à très petites doses les solanées ralentissent le pouls, à fortes doses elles l'accélèrent. Tous les physiologistes récents ont observé ce

---

(1) Voir page 425.

fait pour la belladone. Dans Allen, il y a sept ou huit observations pour le stramonium à dose toxique assez petite. L'une d'elles se rapporte à un vieillard qui prenait quelques gouttes de macération de stramonium dans de l'eau-de-vie ; au bout de quelques jours convulsions et accélération du pouls, puis ralentissement du pouls ce qui est un retour au symptôme primitif. Les trois solanées pouvant produire le ralentissement du pouls, il n'y a pas une indication spéciale pour le stramonium.

Le Dr Piedvache fait remarquer que le délire est un symptôme assez rare dans la pneumonie traité par les médicaments homœopathiques ; il pense que cela est dû à une action préventive de la *bryone*, qui est un médicament de la méningite ; on a trouvé dans les expériences sur les animaux l'inflammation des méninges de la base ; la pathogénésie contient le délire avec agitation, la tendance à sortir du lit, à se découvrir, la carphologie, le tremblement des lèvres ; ces symptômes rapprochent ce médicament des solanées.

Les autres médicaments de la pneumonie, présentent un délire pathogénétique, le *phosphore* particulièrement ; le *soufre* lui-même produit le délire avec agitation et violence, la face vultueuse, le pouls plein, fort, tendre et dur comme par la *stramoine*.

Le Dr Vincent Léon Simon croit que la valeur pronostique du délire de la pneumonie varie suivant le moment de son apparition ; il est moins sérieux au début où il peut survenir sous l'influence de l'intensité de la fièvre, que lorsqu'il apparaît au moment de la période de suppuration. Il appuie les observations du Dr Piedvache sur l'emploi de phosphore et de sulfur.

Le délire de la pneumonie typhoïde n'est pas le même

que celui de la pneumonie franche. Il faut, pour l'apprécier, tenir autant de compte de l'état du poumon que de celui du cerveau. Lorsqu'au délire vient s'ajouter le coma, on pourrait songer à *helleborus*.

Pour le Dr PIEDVACHE le *veratrum viride*, qui est très employé en Amérique dans la pneumonie avec délire, a des symptômes pathogénétiques qui répondent bien à ce délire.

Le Dr TESSIER signale une petite omission : le délire est plus fréquent dans la pneumonie du sommet que dans celle des autres parties du poumon. Au point de vue du traitement, on n'a pas non plus signalé le *glonicera* ou chèvrefeuille ; ce médicament produit des symptômes méningitiques très marqués : lenteur du pouls, vomissements, dilatation de la pupille.

Le Dr LÉON SIMON conclut de la discussion précédente que le délire dans la pneumonie a une valeur relative suivant les circonstances; les renseignements très intéressants du Dr Jousset se rapportent plutôt au délire dépendant d'une méningite concomitante qu'au délire simple, que l'on observe souvent dans la pneumonie; c'est surtout dans ce dernier cas que les solanées doivent produire un effet favorable; lorsqu'il y a déjà méningite et suppuration, elles ne triompheront pas. Le délire du début a une autre valeur que celui de la période d'hépatisation, celui-ci une autre que celui qui survient pendant le 3e degré de la pneumonie ; ce dernier est excessivement grave et il sera difficile de trouver un médicament qui lutte en même temps contre la suppuration des méninges et du poumon. Il conseille comme traitement : les *solanées* dans le délire qui précède l'hépatisation ; le *soufre* et le *phosphore* dans le délire qui accompagne une hépatisation bien établie,

et la *belladone* comme médicament intercurrent; dans le délire de la période de suppuration, *arsenic* et *lachesis*.

En terminant, le Dr Léon Simon parle d'un délire qui serait produit par les potions alcooliques trop largement administrées; il a vu un enfant de 16 ans, pour une pneumonie au 2e degré, avec un délire qui a disparu en cessant la potion de Todd.

Le Dr Jousset pense que lorsqu'il y a suppuration des méninges la guérison est bien compromise; il croit cependant que les *solanées* et l'*opium* peuvent agir dans le délire méningitique. Il est difficile de dire à quel degré en est la méningite, cependant on a observé des guérisons par les solanées et l'opium dans des méningites non douteuses; on doit donc en instituer le traitement. Il faut certainement distinguer entre le délire de la méningite concomitante, le délire par inanition, dû à la diète extrême, qu'on n'observe plus aujourd'hui et le délire alcoolique, le délirium tremens, qui survient chez les alcooliques et à des indications spéciales telles qu'un usage modéré d'eau-de-vie. Les anciens décrivaient aussi un délire métastatique et le Dr Barth n'est pas bien loin de cette opinion lorsqu'il part d'un délire méningitique très grave survenant lorsque la pneumonie entre en résolution, c'est bien ce que les anciens appelaient métastatique; dans ces cas Récamier et J.-P. Tessier ont obtenu quelques succès avec les bains froids, ou plutôt des affusions froides; voici le mode opératoire: le malade était placé dans une baignoire, on versait sur lui plusieurs seaux d'eau froide, puis on le reportait sur son lit et on le frictionnait énergiquement.

L'ordre du jour étant épuisé, le Dr Marc Jousset rappelle une communication faite dans la séance de février à propos

du traitement de l'asystolie par la *digitaline cristallisée* (3 déc.), solution au 1000ᵉ de Petit-Myalhe. Il rapporte en faveur de ce traitement l'observation suivante :

Mᵐᵉ B..., 36 ans, entre le 20 mars à l'hôpital Saint-Jacques, salle commune, lit n° 9. Cette femme, qui a eu plusieurs attaques de rhumatisme articulaire, est atteinte d'une insuffisance mitrale avec hypertrophie du cœur ; au moment où elle entre à l'hôpital, elle est très oppressée, le visage cyanosé, les jambes, les cuisses et les reins sont le siège d'une anasarque assez considérable. Elle urine très peu, mais comme elle a une diarrhée assez fréquente on ne peut pas recueillir toutes les urines ; celles-ci contiennent une assez notable proportion d'albumine.

Le 21 mars, corrosivus (1/10) XX gouttes, à cause de l'anasarque, l'anurie et la diarrhée.

Le 22, les urines paraissant encore plus rare, digitaline cristallisée (3 déc.) XXX gouttes.

Le 23, dito XXXX gouttes.

Du 24 au 4 avril aucun médicament, mais les urines deviennent très abondantes.

Le 24, 3 litres et demi.

Le 25 et le 26, 4 litres.

Le 27, 3 litres.

Le 28, 3 litres et demi.

La diurèse continue les jours suivants, la diarrhée a disparu, la dyspnée a cessé; l'anasarque s'est dissipé et il y a peu d'albumine dans les urines.

Du 4 au 10 avril la malade prend cactus (6) pour des palpitations.

Du 15 au 18, glonoïne (2) parce que les palpitations étaient revenues.

Comme la quantité des urines diminue, on fait re-

prendre la digitaline, 20 gouttes par jour pendant trois jours, du 19 au 22 avril.

La malade s'en va le 2 mai, sans aucun œdème et avec une respiration facile; elle est très améliorée, l'albumine existe encore en petite quantité et bien entendu la lésion cardiaque est toujours là.

Le Dr Piedvache a employé ce médicament chez trois malades et a eu deux résultats favorables.

Le Dr Tessier s'en est servi plusieurs fois sans résultat.

Le Dr Piedvache fait remarquer que la digitaline est indiquée dans les mêmes cas que la digitale; qu'elle est diurétique dans l'asystolie, mais non lorsqu'on en donne à un homme sain; c'est l'antagonisme d'action qui existe entre l'action physiologique et l'action curative des médicaments, différence signalée dernièrement par le Dr Huchard.

Le Dr Léon Simon rapporte alors l'observation suivante, dont le diagnostic est réservé.

Une dame de 43 ans, bien réglée, pas d'enfant; beaucoup de chagrins, fut prise il y a deux ans de douleurs hépatiques violentes, à la suite desquelles elle éprouva un refroidissement de la jambe droite, qui était lourde et très douloureuse; les médecins qui la virent alors pensaient à une artérite, craignaient une gangrène et firent surtout des injections de morphine. Tous les symptômes de la jambe disparurent, les coliques hépatiques revinrent et on appela le Dr Simon. A ce moment, crises hépatiques presque quotidiennes avec constipation, remplacées quelquefois par la diarrhée; au bout d'un mois, les crises avaient presque disparu lorsque le bras gauche présenta les mêmes symptômes que la jambe droite: froid, pâleur

et absence du pouls; *belladone* et *arsenic* pendant quelques jours; tout revient à l'état normal, puis après quelques coliques la jambe gauche se prend de la même manière, mais avec des douleurs très intenses, qui furent un peu soulagées par *arsenic*. Les injections de morphine furent imposées avec un calme relatif. Un chirurgien appelé, dit n'avoir jamais vu pareille chose et pensa à une phlegmatia alba dolens, pour laquelle il prescrivit de la ouate et une bande serrée, plus tard une gouttière. Rien de cela ne fut supporté. Le Dr Léon Simon cessa alors de voir cette malade; il ajoute qu'au moment où il cessa ses soins il existait une plaque gangreneuse au talon et que comme antécédent, le père était un rhumatisant, mort d'angine de poitrine.

Le Dr Piedvache rapprocherait de ce cas une observation qu'il a publiée dans l'*Art médical* d'une névrite périphérique du tibial postérieur, ayant nécessité une amputation; ces névrites ont été dernièrement bien étudiées par Mme Dejerine.

Dr Marc Jousset.

NÉCROLOGIE

Le Dr Meyhoffer

Au moment de paraître, nous apprenons la mort du Dr Meyhoffer, de Nice, qui a représenté dignement l'homœopathie; sa mort est une perte pour ses clients et ses confrères.

M. J.

RÉPERTOIRE

DE MATIÈRE MÉDICALE ET DE THÉRAPEUTIQUE

Action diurétique de la chimaphila umbellata. — On atteint le maximum d'effets diurétiques par l'administration de 12 à 15 gr. d'extrait hydro-alcoolique de poudre de feuilles. La diurèse augmente dans les premières 24 heures et progressivement atteint son maximum dans les 3 ou 4 premiers jours. Ce médicament est surtout utile dans la période asystolique des maladies du cœur, pour produire la diurèse et faire disparaître l'œdème. Il n'aurait pas d'action directe sur le cœur. Son extrait alcoolique n'est pas toxique et ne s'accumule pas. (Abet, *Thèse de Paris*, 1889.)

Guérison du rhumatisme par les piqûres d'abeilles. — La pathogénésie d'Apis présente un certain nombre de symptômes qui se rapportent au rhumatisme : douleurs brûlantes dans les membres, raideur, faiblesse et mêmes contractures, les douleurs paraissent augmentées par le mouvement.

Le *Monthly homœopathic Review* (janv. 30) rapporte la relation de quatre guérisons de rhumatisme par les piqûres d'abeilles ; nous avons cru devoir les rapporter.

1° L'été dernier, je commençais la garde des abeilles, et, jusqu'à ce moment, j'avais été tourmenté par des douleurs rhumatismales ; pendant le temps où je fus piqué par les abeilles je ne ressentis aucune douleur de mes rhumatismes.

2° Après la guerre franco-prussienne, je souffris pendant trois ans de rhumatismes, ne pouvant pas travailler et rarement marcher. Par une jolie journée de printemps, je me fis porter dans le jardin, et assis près des abeilles, je sentais le miel, et demandais du pain et du miel. Les abeilles se pressaient autour de moi, et, étant seul un instant, j'essayais de les chasser; elle me piquèrent terriblement au visage et aux bras, en 15 ou 20 endroits. Le gonflement fut terrible, mais avant qu'il ait disparu je pouvais marcher ; quand il eut complètement disparu, j'étais bien et pus me remettre au travail ; depuis, je n'ai rien ressenti.

3° J'avais été tourmenté pendant des années par les rhuma-

tismes, et ayant été piqué quelquefois par les abeilles je guéris complètement.

4° Il y avait environ quinze ans que je m'étais foulé un genou; j'avais boité un certain temps, mais cela allait mieux; je recommençais à boiter, avec douleur, et j'allais de mal en pis jusqu'à ce que je ne pus redresser ma jambe ni la plier; et si par accident je faisais un mouvement, j'éprouvais un élancement qui s'étendait en haut et en bas. Je fis plusieurs traitements sans succès, lorsque j'achetais cinq essaims d'abeilles, à la suite desquels vinrent les piqûres et la guérison.

Le chloralamyde comme hypnotique (1). — C'est un produit additionnel de l'hydrate de chloral et de la foramide. Administré par Hagemann et Strauss à la dose de 1 à 4 grammes à 6 étudiants, ceux-ci ont dormi deux heures de plus que d'habitude; deux d'entre eux avaient un peu de mal de tête au réveil.

Il a été donné ensuite à 15 malades avec bons résultats; un d'eux a eu quelques étourdissements, un autre a vomi.

Alt l'a donné à 41 malades d'abord à la dose de 2 gr., puis à celle de 3 gr.

Chez 12 malades atteints d'insomnie simple, 11 dormirent, 3 avaient la tête un peu pesante le lendemain au réveil. Le 12e malade s'est montré rebelle à 3 gr., qui provoquèrent seulement une légère ivresse et un peu d'embarras gastrique.

Chez 7 malades atteints d'insomnie par douleur, 5 eurent un bon sommeil; les deux autres n'éprouvèrent rien de 3 à 4 gr. Chez 2 malades qui dormaient mal avec 1 centigr. 1/2 de morphine, 3 gr. de chloralamyde eurent un résultat favorable; mais il échoua chez 3 autres qui dormaient bien avec la morphine ou l'amylène.

Ce médicament paraît réussir dans la migraine et Alt a guéri deux chorées chez des enfants à la dose de 3 gr. par jour. (*Berlin klin. Wochen.*, 19 août et 9 sept. 1889.)

(1) Nous avons emprunté à la *Revue des sciences médicales* la plupart de ces extraits.

Le Directeur-Gérant. P. Jousset.

TABLE DU TOME LXX DE L'ART MÉDICAL.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3

L'ART MÉDICAL

L'ART MÉDICAL

JOURNAL

DE MÉDECINE GÉNÉRALE

ET

DE MEDECINE PRATIQUE

FONDÉ PAR

JEAN-PAUL TESSIER

PHILOSOPHIE MÉDICALE

HISTOIRE NATURELLE	NOSOGRAPHIE
ANATOMIE	ÉTIOLOGIE
PHYSIOLOGIE	SÉMÉIOTIQUE
HYGIÈNE	ANATOMIE PATHOLOGIQUE

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE
MÉDECINE DES INDICATIONS POSITIVES

TRENTE-SIXIÈME ANNÉE

TOME LXXI

PARIS
AU BUREAU DU JOURNAL
4, RUE BASTIAT, 4

1890

L'ART MÉDICAL

JUILLET 1890

MÉDECINE PRATIQUE

DES DEVOIRS DU MÉDECIN PRATICIEN EN PRÉSENCE D'UNE MALADIE INFECTIEUSE.

Sous ce titre, M. Letulle, médecin des hôpitaux, vient de publier dans la *Revue mensuelle de Thérapeutique* (27 février 1890); un article où, à côté de réformes fort sages destinées à diminuer la transmission des maladies contagieuses, dans les hôpitaux, se rencontre une réglementation aussi puérile qu'inutile. Ce règlement présente un grand danger : c'est de mettre, sous prétexte de péril public, la main de l'administration sur nos familles. Sa conclusion logique est l'internement, dans un hôpital, de nos enfants diphtéritiques, de nos femmes phthisiques, de nos parents atteints d'une maladie quelconque; puisqu'aujourd'hui, toute maladie est microbienne, c'est-à-dire contagieuse. Et, ne criez pas à l'exagération, il existe déjà un hôpital de varioleux, où les mères n'ont pas le droit de pénétrer; ce qui a amené cette lamentable histoire, d'un enfant mort sans que la mère le sache et à laquelle on rendit un enfant vivant appartenant à une autre femme.

Si encore, la science microbienne était incontestable et incontestée; si, réellement, la phthisie, la pneumonie, la broncho-pneumonie étaient contagieuses; s'il était dé-

montré, que les maladies se transportent, par l'intermédiaire de personnes saines, on comprendrait la nécessité de certaines mesures vexatoires, mais, tout cela est fort exagéré, pour ne pas dire absolument faux. Nous avons déjà démontré dans ce journal, la non-contagion de la pneumonie; nous démontrerons prochainement la non-contagion de la phthisie par le résumé d'une pratique médicale de plus de cinquante ans; quant au transport des maladies par le médecin, je le nie résolument, et c'est fort heureux, car les précautions minutieuses indiquées par M. Letulle sont incomplètes, partant insuffisantes, et, si la blouse blanche recouvre le haut du corps d'une couche immaculée, elle n'arrête pas le microbe caché dans le pantalon et jusque dans la semelle des bottes.

Mais, arrivons à l'examen du mémoire de M. Letulle.

A l'*hôpital*, dans la salle d'attente, il est impossible d'éviter un certain degré de promiscuité de toutes les maladies et, si on parvient à séparer les malades atteints de maladies contagieuses avant l'entrée dans les salles d'attente, ces malades se rencontreront, nécessairement, dans la rue ou dans la cour, avant que ce triage ait pu se faire. Quant aux brancards, M. Letulle a raison d'exiger qu'ils soient propres.

M. Letulle propose ensuite, pour le malade lui-même, pour ses vêtements, pour les salles et pour leur mobilier, pour le médecin et ses aides, une série de mesures qui se résument en un mot : l'*asepsie absolue*.

Parmi ces mesures, énumérons la désinfection quotidienne des salles d'attente et des salles de malades, par le lavage, au sublimé, des planchers et des murs et, par le fonctionnement incessant d'un grand pulvérisateur à l'acide

phénique, la destruction et la désinfection de tous les excrétats. Chaque malade, en entrant, sera désinfecté lui-même, par un bain chaud savonneux et la toilette de la tête sera faite au sublimé; bains que je ne crois pas sans inconvénient pour les malades atteints de pneumonie et de scarlatine.

Le médecin et ses aides ne doivent rien apporter à l'hôpital ni rien en emporter, suivant la formule souvent répétée par M. Letulle. Ils seront donc *stérilisés* à leur entrée et à la sortie; ils feront la visite revêtus d'une blouse blanche soigneusement désinfectée chaque jour; ils seront suivis pendant la visite d'un lavabo roulant contenant des brosses et des liquides désinfectants et, à chaque lit, ils feront la toilette des mains, de la figure et de la tête. J'aimerais à voir la clinique de Dupuytren circulant avec ses centaines d'auditeurs, tous revêtus de blouses blanches, tous faisant la toilette des mains et de la figure.

M. Letulle insiste beaucoup pour que les malades n'aient pour boisson que l'eau stérilisée par le filtre Pasteur. M. Letulle, en sa qualité de *microbien*, devrait savoir, que le filtre Pasteur donne une stérilisation fort incomplète et que dans l'épidémie de fièvre typhoïde qui sévissait à Lorient, il y a quelques années, ce filtre a été absolument inefficace.

Toutes ces précautions n'ont pas empêché une infirmière du service de M. Letulle, de contracter la fièvre typhoïde et d'en mourir; et, cependant, les salles étaient lavées au sublimé, l'infirmière faisait avec soin la toilette des mains et de la figure, elle prenait sa nourriture hors des salles et ne buvait que de l'eau des filtres Pasteur.

Pour terminer avec la question de l'hôpital, disons que nous approuvons grandement parmi les mesures pro-

posées par M. Letulle : l'isolement et la désinfection de la chambre et du mobilier, quand il s'agit de maladies incontestablement contagieuses comme la diphtérie et les fièvres éruptives. Quant à la fièvre typhoïde qui fournit si peu de cas intérieurs, à la phthisie, à la pneumonie et aux autres maladies aiguës dont la contagion n'est qu'une hypothèse, il faut conserver des salles communes suffisamment aérées et non encombrées par la funeste habitude des brancards.

M. Letulle est un de ces esprits logiques, comme il s'en rencontre fort heureusement dans toutes les Ecoles, et, qui, poussant toutes choses à ses dernières conséquences, font ressortir les erreurs d'un système que des esprits plus modérés savent voiler habilement. « Il faut, dit notre auteur, appliquer l'antisepsie *avec foi*, » c'est là l'expression d'un systématique. La foi, ne s'applique point aux connaissances si variables et si incertaines de la science médicale. Broussais, *avait foi* dans la doctrine de *l'irritation*, or, cette doctrine est morte depuis longtemps et il n'y a plus que les érudits qui lisent les livres de Broussais. M. Louis, *avait foi* dans la statistique, et, qui pourrait compter les erreurs consacrées par l'Ecole numérique.

Au lieu d'appliquer l'antisepsie *avec foi*, appliquons-la scientifiquement, c'est-à-dire, en la soumettant sévèrement au contrôle de la clinique pour déterminer dans quels cas et dans quelles mesures elle est applicable. Mais, ni enthousiasme, ni parti pris, si nous ne voulons pas être dupes d'illusions.

M. Letulle veut qu'on applique à la clientèle privée les mêmes règles qu'il a posées pour les services hospitaliers.

Nous retrouvons, ici, la blouse blanche, la toilette des mains, de la face et de la chevelure, et les anecdotes sur le transport des maladies par le médecin. Ainsi, quand un médecin sera appelé, en toute hâte, pour un cas de dipthérie ou de scarlatine grave, il faudra que la famille fasse confectionner une blouse à sa taille et se munisse des substances nécessaires à l'antisepsie, avant que le médecin puisse pénétrer auprès du malade. Tout cela est puéril et ridicule ; ajoutons, parfaitement inutile.

En effet, le médecin, pas plus que toute autre personne en santé, ne peut transporter les maladies d'une maison à une autre. Les faits cités à l'appui de ce transport sont absolument controuvés, y compris l'observation, citée par M. Letulle, d'une scarlatine apportée à son enfant par un médecin de l'hôpital pendant le période de desquamation.

Une enquête a été faite, dites-vous, et cette enquête a démontré que la scarlatine ne pouvait pas avoir été communiquée, à cet enfant par une autre personne que par son père ; or, une enquête sera toujours incomplète chez une personne qui sort. Je me rappelle un cas de variole développée chez une vieille dame qui, disait-on, n'était pas sortie depuis deux mois : force était donc, d'admettre ici, ou le développement spontané de la variole, ou son apport par une visite. Une enquête plus approfondie, démontra, que cette dame, quinze jours auparavant, avait fait une longue course dans un fiacre probablement contaminé par un varioleux. Autre fait, qu'une enquête insuffisante aurait classé parmi ceux favorables à la transmission des maladies par les personnes saines :

Un varioleux entra dans l'hôpital fondé par la baronne Makau et y mourut. Quinze jours après, une religieuse qui

s'occupe de la lingerie fut prise et mourut aussi. On crut trouver la cause de la contagion dans ce fait, qu'au réfectoire, la religieuse atteinte de la variole était placée auprès de celle qui avait soigné le varioleux dans les salles. Je déclarais la chose impossible et on apprit d'une manière certaine que la religieuse atteinte de variole était allée au moins une fois dans la salle.

Un fait très général et par conséquent très probant, est celui du développement de fièvres éruptives chez les enfants de médecins ; or, ces enfants ne contractent la rougeole et la scarlatine que quand ils vont au collège ou au catéchisme. Pendant des années, le père a soigné des quantités de malades atteints de fièvres contagieuses ; il n'a certainement pas pris les précautions antiseptiques indiquées par M. Letulle et ses enfants ont attendu l'époque du collège pour contracter la rougeole.

Dans un salon, un député essayait de justifier le renvoi des sœurs des hôpitaux par cet argument tout à fait microbien : les sœurs n'ont que deux robes par an, ces robes deviennent donc un réceptacle de microbes et un instrument de propagation de maladies. Une femme des plus spirituelles de la haute société parisienne, lui objecta : Ma fille vient d'avoir une pleurésie ; le docteur Jousset la voyait et l'auscultait plusieurs fois par jour. Dans le même temps, il soignait des enfants atteints de rougeole et de scarlatine et, cependant, il n'a communiqué aucune de ces maladies à mon enfant.

Pendant une pratique médicale, qui date de plus d'un demi-siècle, je déclare n'avoir jamais transporté un cas de maladie d'une maison à une autre et, cependant, faut-il l'avouer ? je n'ai pas toujours lavé mes mains après avoir donné des soins à un rubéoleux.

Mais arrivons aux dernières conclusions du mémoire de M. Letulle *In cauda venenum*, ce médecin, réclame une loi qui obligerait le médecin, sous peine d'amende, à déclarer à la police l'existence, chez ses malades, de maladies infectieuses, et de contraindre les familles à la désinfection des appartements dans lesquels a évolué une de ces maladies.

Nous ne répéterons pas ce que nous avons dit en commençant cet article, sur l'odieux qu'il y a à appeler la police dans nos maisons et sur la monomanie fâcheuse, si fréquente en France, de tout soumettre à l'*Etat*. Bien des intérêts respectables, se trouveraient compromis par ces déclarations. Ainsi, supposez qu'une pneumonie soit traitée dans un grand hôtel, par un disciple de M. Netter ; une déclaration sera faite à la police et des intérêts considérables seront lésés à cause d'une hypothèse scientifique. Rappelons-nous ce qui est arrivé à un grand magasin de nouveautés faussement accusé, par un public affolé, d'avoir apporté la grippe à Paris. Soyons discrets, c'est notre devoir strict. Laissons l'Etat et la police en dehors de nos affaires. L'intérêt privé, que notre devoir est d'éclairer et de guider, saura suffire à tous les besoins de la situation. D^r P. Jousset.

HISTOIRE DE L'HOMŒOPATHIE.

Le D^r Pierre Dufresne.

XIV

Dans ces mêmes intentions de propagande le D^r Dufresne fonda à Genève, en 1832, une revue mensuelle

sous le titre de *Bibliothèque homœopathique.* Après sa mort, survenue en 1836, ce recueil continua de paraître jusqu'en 1846, sous la direction du Dr Charles Peschier.

Cette création témoigne de l'énergie de conviction et de la force de volonté du fondateur. Aujourd'hui, à notre époque de publicité, une revue scientifique n'est pas une entreprise aisée ; même dans un grand centre, à Paris, à Londres ou à New-York. Combien plus difficile encore il y a cinquante ans dans un milieu circonscrit comme celui de Genève. Ajoutez qu'il s'agissait d'une revue médicale et sur ce terrain déjà limité la consacrer à la vulgarisation d'une méthode nouvelle.

A défaut d'un organe médical proprement dit, il y avait bien à Genève la *Bibliothèque universelle* dont nous avons fait mention. Sur la recommandation de Gaspard de la Rive cette revue avait accueilli les premiers opuscules de mon père, voire même son manifeste sur l'homœopathie ; mais cette voie de publicité devenait insuffisante pour atteindre le but que se proposait le Dr Dufresne. On ne pouvait pas demander à une revue d'intérêt général, à la fois scientifique, politique et littéraire, de devenir comme l'instrument de diffusion d'une doctrine spéciale. Aussi bien déjà se manifestaient dans le corps médical de Genève des signes d'intolérance à l'égard de l'homœopathie ; ils allèrent jusqu'à intimider les directeurs de la Bibliothèque universelle. Contribuer à faire connaître l'œuvre d'Hanhemann, c'était, disait-on, manquer à la dignité de la science.

Il fallait donc un instrument de publicité, dont les fondateurs fussent maîtres. Dufresne triompha des obstacles et la *Bibliothèque homœopathique* parut. Elle acquit promptement une réelle importance. C'était la première revue

française mise au service de la nouvelle thérapeutique. Elle détermina beaucoup de médecins au travail. De nombreux mémoires ont ainsi vu le jour qui n'auraient jamais trouvé accès dans un organe de la médecine ordinaire. Ne s'était-elle pas attribué tout d'abord le titre pompeux de médecine officielle.

Le premier numéro de la Bibliothèque reproduisit le mémoire de mon père sur la thérapeutique nouvelle. Il y a quelques instants, nous en avons présenté l'analyse. Il était précédé d'une introduction habilement écrite. C'est une esquisse historique de la vie du fondateur de l'homœopathie. Adolphe Pictet avait voulu en être l'auteur : il était démeuré l'ami des premiers jours. Le moment médical où parut Hahnemann, ses études préliminaires de chimie et d'histoire naturelle, ses immenses lectures, la pénétration de son esprit critique, l'énergie d'animadversion que soulève en lui la matière médicale de son temps, l'absence de direction rationnelle dans la recherche des indications toujours basée sur une hypothèse physiologique, l'exposition de la loi de similitude, les indices précurseurs de cette théorie reconnus dans la tradition : autant de points de vue, autant de traits caractéristiques de la personnalité scientifique d'Hahnemann, mis en évidence par Ad. Pictet.

On a vu à quel point un tel sujet était étranger à ses habitudes. Il se l'approprie avec une dextérité surprenante. Pictet n'est pas médecin, c'est regrettable. Plus versé dans l'histoire de notre science, il aurait évité d'accentuer aussi vivement la rupture d'Hahnemann avec la tradition. A ses collaborateurs incombait le devoir d'apporter ici des tempéraments; il est plus fâcheux que je ne puis dire qu'ils ne l'aient pas fait.

Mieux informé, Ad. Pictet n'aurait pas puisé l'exposé des griefs d'Hahnemann exclusivement dans l'Organon. Alors que ce manifeste parut en 1810, il y avait déjà quatorze ans (1796) qu'il avait publié l'*Essai sur un nouveau principe* : ce beau discours où pour la première fois il trace le plan de sa réforme. Dans ce premier ouvrage, on saisit mieux l'origine de ses idées, et les points de soudure qui le rattachent aux maîtres antérieurs, J. Hunter, en particulier. Le terme d'homœopathie n'y figure pas encore, il n'y est point question de doses infinitésimales. Mais à cette époque ces questions de traditions historiques occupaient peu on visait avant tout à la réalisation pratique, à savoir si les résultats annoncés étaient vrais.

La part de collaboration d'Ad. Pictet ne se borna pas à cette introduction. Dans le second numéro de la *Bibliothèque* se trouve un résumé substantiel de travaux allemands sur la *Préparation*, la *conservation* et la *dispensation* des remèdes homœopathiques. Il faut aussi, peu après, lui attribuer une étude sur la méthode à suivre pour apprécier les effets pathogénétiques des médicaments et sur les conditions requises pour obtenir de bonnes expériences. En outre de nombreuses traductions de l'anglais entre lesquelles se distinguent celles des remarquables essais pathogénétiques dn médecin américain Héring sur des venins de serpents, en particulier sur le *Lachesis frigono cephalus*.

Les médecins français envoyèrent à la Revue de Genève un tribut considérable de faits cliniques. Plusieurs de ces observations aujourd'hui encore offrent de l'intérêt, elles ont servi à établir la tradition du traitement de plusieurs maladies. Les auteurs dont les noms reviennent le plus souvent sont ceux des Drs Petroz, Raposu, Crozerio, Gué-

rard et Molin. Dessaix avait adopté la polémique, sa verve facile et spirituelle s'en acquittait à merveille. Se défendre n'était que trop nécessaire à cette époque des débuts signalée dès l'abord par les controverses les moins courtoises et, disons-le ouvertement, la plupart du temps, les moins autorisées par une étude même superficielle du sujet.

XV

Voici la liste des mémoires publiés par le Dr Dufresne dans la *Bibliothèque homœopathique* de 1832 à 1836.

I. — *Sur la nouvelle thérapeutique médicale nommée homœopathie* (c'est la reproduction du travail publié dans la *Bibliothèque universelle.*)

II. — *Médicament et médication.*

III. — *Etude sur les effets pathogénétiques de l'Artémisia judaica* (*cina semen contra*).

IV. — *Les ecoles en médecine et l'homœopathie.*

V. — *Arnica montana*, sa puissance pathogénétique, ses applications thérapeutiques.

VI. — *De l'homœopathicité.*

VII. — *Sur la préparation et l'action des médicaments.*

VIII. — *Sur la variole et son traitement par l'homœopathie.*

IX. — *La pathogénésie, nécessité de son étude. Les antidotes.*

X. — *La médecine selon l'école dite allopathique est-elle une science.*

XI. — *De l'alliance entre l'homœopathie et l'allopathie. Quelques mots sur les mérites de la saignée.*

XII. — *Sur les professions de foi en médecine.*

XIII. — *Observations sur le charbon chez l'homme, son traitement par l'anthracine.*

Voilà bien les sujets : ils ne nous arrêteront pas tous.

Chacun de ces mémoires ne comporte pas une analyse. Un mouvement d'idées nouvelles s'était emparé des médecins qui avaient entrepris l'étude de l'œuvre d'Hahnemann ; c'est ce courant qu'il est curieux de suivre et d'interroger. Quel que soit le parti que le médecin ait adopté sur ces sujets toujours litigieux, il ne saurait demeurer indifférent. Que le fondateur de l'homœopathie ait eu raison ou tort : qu'il doive rester des traces de son labeur ou, ce qui n'est pas notre pensée, qu'il passe sans donner de résultats ; ses disciples auront toujours le mérite d'avoir soulevé des questions neuves, celui en particulier d'avoir tenté d'arracher la thérapeutique à l'esprit de routine : en la fécondant par des théories propres à accroître ses ressources ; en lui imprimant une direction moins comptable du hasard ou du caprice des impulsions du moment.

A l'époque où mon père abordait ces questions dans la *Bibliothèque de Genève*, c'étaient autant d'aperçus nouveaux qu'il cherchait à mettre en évidence. La discussion jaillissait de partout. La table rase de Broussais dominait les esprits dans l'Europe entière. La thérapeutique vivait alors sur les débris de la tradition, s'accrochant aux épaves. Peu de traitements rationnels. La plupart des médications transmises par les maîtres, *avusu in morbis*. La plupart encore rattachées par le lien d'une explication systématiquement préconçue, à une double hypothèse physiologique ; l'une appliquée à la nature du médicament, l'autre au mode d'action qu'on lui attribuait sur l'organisme. De fil conducteur pour poser les indications, point.

Dès son premier mémoire le Dr Dufresne s'était préoccupé des pathogénésies. C'était ce qui l'avait, de prime abord, frappé dans Hahnemann. Il avait expérimenté sur lui-même l'action du *quinquina*, de la *noix vomique* et d'autres substances. A l'instant il avait discerné de quelle importance était la vérification de la loi de similitude pour la recherche des indications de médicaments et par voie de conséquence pour l'institution d'une médication rationnelle.

Pour mieux dire, dès lors, pas un jour où il n'ait consacré une part de son temps à l'étude des substances officinales et des symptômes qu'elles développent sur l'homme sain.

Il désirait faire davantage. Il aurait voulu, continuant à expérimenter sur lui-même, contrôler plus complètement les procès verbaux des pathogénésies d'Hahnemann. Les exigences de la clientèle, l'état de sa santé, devinrent des obstacles : puis nous le verrons tout à l'heure, des questions d'ordre supérieur, d'intérêt plus général pour la thérapeutique scientifique vinrent partager son attention. Il était à chaque instant sollicité par ses confrères de s'en expliquer. Le rédacteur du périodique devait aller au plus pressé.

XVI

Mon père, cependant, inséra dans la *Bibliothèque* deux études de matière médicale : l'une sur le *Cina semen contra*, l'autre sur *l'Arnica montana*. La pathogénésie de ces médicaments était pour le temps une nouveauté. Il était curieux alors d'assister, artificiellement, produits par *cina*, aux spasmes similaires des convulsions vermineuses et à d'autres symptômes encore.

Quant à *l'arnica*, ce mémoire est une date. Ce médicament dont maintenant l'usage est universel était au début du siècle à peu près oublié. Nul ne se doutait alors, si ce n'est quelques vieux livres, de son efficacité contre les contusions, les blessures, le traumatisme en général, certains états cérébraux, des hémorrhagies intestinales, des douleurs musculaires rhumatoïdes ou non. Enfin arrive l'étude non moins curieuse de *l'arnica* administré à doses infinitésimales.

Et l'on croit écrire l'histoire exacte de ce médicament en supprimant l'intervention d'Hahnemann et de ses élèves. Hahnemann avait exhumé bien des souvenirs du temps passé. Mon père vérifia et confirma avec détails. Les beaux travaux de *matière médicale* de Störck, *l'Apparatus medicaminum* de Murray, étaient alors souvent consultés par lui.

XVII

Le Dr Dufresne, dès son premier mémoire, avait exposé la loi de similitude. Il lui tardait d'y revenir, il y revient sans cesse. Une fois mis en possession de cet instrument théorique, c'est tout un horizon qui s'ouvre devant lui ; il l'explore sans relâche.

Dans les articles *médicament et médication*, *homœopathicité*, l'on touche au doigt le travail suggéré par la rencontre d'une hypothèse heureuse. La thérapeutique change d'aspect, de banale qu'elle était et invétérée dans l'habitude, autant que le comporte la nature du problème à résoudre, elle revêt un caractère scientifique, elle exige une détermination de l'esprit.

Pour le disciple d'Hahnemann, le médicament est avant tout un agent pathogénétique. Le médecin doit savoir

que le médicament agit sur l'économie d'une manière précise et définie; qu'il y provoque des mutations organiques et des altérations fonctionnelles. Le tableau de ces phénomènes s'impose à son jugement, puis à son choix en présence du malade.

De ces symptômes produits par le médicament, il y en de primitifs, il y en a de secondaires. Apprécier lesquels sont les plus significatifs, lesquels doivent être les plus déterminants pour le choix du médecin. Il faut discerner l'ordre de succession des phénomènes; les actions du matin, celles du soir, puis un point de toute importance qui relie l'œuvre de Hahnemann à plusieurs maîtres de la tradition à Störck, à J. Hunter en particulier, constater la tendance de plusieurs médicaments et non des moins utiles à agir par choix, par affinité élective vers tels organes, vers tels tissus, vers tel ensemble de fonctions.

Déjà du temps de mon père, toujours à propos des effets des médicaments, les médecins disputaient, entraînés par Hahnemann, sur les effets primitifs et les effets dits secondaires, sur l'action et la réaction de l'organisme, sur la question de savoir si ce que l'on entend par réaction n'est pas plutôt un simple retour de l'organisme à l'état primitif. Du fait qu'Hahnemann dans le cours de sa longue carrière n'a pas paru adopter toujours la même opinion, il s'est établi des confusions sur ces matières. Le maître, évidemment, a oscillé; ces divergences sont des différences d'interprétation théoriques sur des questions secondaires, ce ne sont pas des différences fondamentales et de doctrine. Elles n'enlèvent rien à la valeur de la loi de similitude qui persiste au-dessus de ces conflits d'opinion.

Impossible ici de traiter à fond cette matière litigieuse. Elle risque longtemps encore d'alimenter les controverses

d'autant plus que chaque école intervient en discutant avec ses habitudes propres de langage. Il suffit de savoir que dans leurs lignes principales, ces questions n'avaient pas échappé à mon père.

Autre question qu'il est impossible de ne pas toucher ne fût-ce qu'en passant : celle de savoir comment le médicament contribue par son action à opérer ce changement qui détermine la guérison.

Ici encore, la loi de similitude n'est point en cause, puisqu'il ne s'agit que de constater et d'interpréter son action.

Le Dr Dufresne n'agréait pas que l'on donnât sans restriction le nom de maladie médicamenteuse au groupe de symptômes engendré par l'ingestion d'une substance toxique ou non dans l'organisme. Le sentiment médical lui faisait repousser la maladie dite substitutive, mais comment opère le médicament? Mon père ne s'est pas expliqué catégoriquement sur ce point. Aussi bien, cela était-il nécessaire ?

John Hunter, un des plus célèbres précurseurs d'Hahnemann, a dit le premier, il y a plus de cent ans : le médicament agit comme une maladie qui en remplace une autre. C'était déjà une repercussion d'une assertion traditionnelle, mais Hunter a pris ces mots au sens figuré : l'action du médicament n'est donc pas une maladie nouvelle, ce n'est pas non plus une aggravation, elle ferait trop souvent défaut ; mais comment tenter de l'expliquer?

Le Dr Frédault, qui a traité cette question dans ses leçons cliniques (*Art. méd.*, 1886), se rend compte du phénomène de la manière suivante :

« Le médicament n'agit point autrement qu'un agent « toxique affaibli qui vient heurter et occuper momenta-

« nément la vitalité, suscitant une action vitale naturelle
« de défense contre un agent extérieur : ainsi interprété,
« le médicament tire l'organisme d'une action morbide
« qu'il accomplissait pour lui faire faire une action phy-
« siologique normale, c'est-à-dire de l'état de santé. »

En d'autres termes par sa présence, le médicament détermine une modification totale, laquelle suscite un changement favorable dans le phénomène morbide et le restitue à l'état normal.

Autre considération, pour instituer la médication, le médecin doit établir les rapports de la loi de similitude entre le sujet à traiter et le médicament. Ce choix, cette adaptation, impliquent une méthode particulière pour considérer la maladie et le malade, tout cela était nouveau à cette époque des débuts de l'homœopathie.

C'est sur ces considérations très médicales qu'il convient de s'arrêter pendant quelques instants à la suite de mon père.

En effet, si la voie ouverte par Hahnemann est féconde, si elle est un trait de lumière, il ne s'en suit pas qu'elle soit d'application immédiate et sans hésitation pour le médecin : il ne faut pas voir ici la simple adaptation presque mécanique d'un tableau pathogénétique couvrant matériellement les symptômes morbides : il n'est pas dans le génie de la médecine de se laisser réduire à des règles aussi élémentaires.

Alors que le médecin se place en présence du problème, divers facteurs interviennent dans son choix et il en doit tenir compte.

Il y a d'abord la maladie en soi, puis cette maladie se manifestant par une de ses formes. Il y a les organes lésés ; il y a le sujet, malade avec son idiosyncrasie ; enfin com-

ment les conditions étiologiques ne seraient-elles pas prises en considération ?

Autant de circonstances qui exercent leur part d'influence dans la détermination du médecin, le mettant en demeure d'envisager les phénomènes pathologiques à des points de vue divers. A ce travail de comparaison, d'approximation, d'appréciation de différences ou de nuances souvent délicates, le tact médical s'exerce, la séméiotique gagne, la nosographie peut-être plus encore. C'est qui faisait dire au Dr Dufresne que la pathologie n'a pas moins bénéficié que la thérapeutique de cette obligation d'avoir à appliquer la loi de similitude. Le problème n'est jamais sans quelques difficultés. L'effort à produire pour les vaincre en définitive tourne toujours au profit du malade après avoir exercé le génie du médecin.

Le médicament choisi, reste à traiter la question des doses : une autre sphère d'action dans laquelle l'homme de l'art est appelé à donner la preuve d'un tact particulier.

Le principe de l'homœopathie repose sur la loi de similitude et non pas sur les doses infinitésimales, ainsi que le voudraient persuader les esprits prévenus. La question des doses est affaire d'expérience et complètement à part. Le médecin doit pouvoir prescrire les médicaments *omni dosi*. Si des esprits excentriques sont allés aux extrêmes dans tous les sens, si Hahnemann lui-même a parfois excédé eu égard aux petites doses, ce ne sont pas là tels motifs pour priver le médecin de sa liberté d'action. Encore un coup, c'est l'expérience qui doit être son guide.

Aussi bien de nos jours, la question a-t-elle changé de face. Depuis les atténuations de Pasteur, les doses infinitésimales d'Hahnemann sont envisagées avec plus de sang-froid.

XVIII

Les Écoles en médecine et l'homœopathie, dans ce mémoire l'auteur fait une revue des principaux systèmes légués à la tradition par l'histoire de la médecine : cela pour mettre une fois de plus en évidence l'absence d'un principe rationnel en thérapeutique chez la plupart de nos institutaires.

Un autre sujet incombe à sa critique. Trop préoccupé, à l'instigation d'Hahnemann et sous son influence, d'individualiser chaque cas pathologique, croyant parvenir ainsi à une application plus exacte de la loi de similitude, il arrive, non pas précisément à contester, mais à élever des doutes touchant la réalité des espèces morbides. On l'a vu, l'élève de Montpellier était préparé par la théorie des éléments de Barthez à cette attitude négative bien extraordinaire, car elle se donne l'apparence de faire attaque à l'une des vérités fondamentales de la médecine ; mais ce qu'il y a de piquant c'est de voir à quel point il fut confirmé dans cette critique excessive par la lecture de Broussais.

On sait avec quelle âpreté Broussais a poursuivi de ses sarcasmes sous le nom d'ontologie la notion des maladies distinctes. Il ne voulait voir dans les actes morbides que de simples faits d'irritation et d'excitation des fonctions physiologiques mis en rapport par les sympathies. Moins autorisée, moins féconde surtout que celle d'Hahnemann en résultats thérapeutiques, sa critique n'en a pas moins contribué à produire deux effets considérables.

D'abord le rôle des lésions dans les maladies a été mieux compris. En second lieu l'unité pathologique de la fièvre

typhoïde, sa constitution comme espèce morbide sur les ruines des anciennes fièvres continues sortit de ces controverses. Or, c'est là un des plus éclatants progrès de la médecine française dans ces temps modernes; il s'est imposé aux médecins de tous les pays.

Broussais ne se proposait pas un but parfaitement défini. Avant tout il voulait démolir.

Le disciple d'Hahnemann comme Broussais réprouvait l'ancienne thérapeutique, mon père va même jusqu'à insinuer que les états ataxiques, putrides, bilieux, adynamiques, syndromes passagers, souvent se succédant les uns aux autres qui servaient à qualifier les anciennes fièvres pourraient bien n'être que les résultats d'une thérapeutique irrationnelle.

Il y a ici des aperçus intéressants de curieux reflets d'opinions, mais la précision fait défaut. Dufresne incline trop à confiner toute la médecine dans la thérapeutique.

Dans les mémoires suivants il s'agit encore de thérapeutique mais considérée sous des aspects bien différents.

XIX

Sous ce titre modeste : *Note sur la préparation et l'action des médicaments*, nous allons voir le Dr Dufresne aborder les questions les plus délicates, mais aussi les plus curieuses; toutefois, qu'on ne le perde pas de vue, il s'agit ici de matière médicale, de remèdes : ordre d'idées très spécial dans la pensée de tout le monde. Sans doute les forces physiques et chimiques seront invoquées dans les tentatives d'interprétation des faits : mais que l'on n'exige pas d'application trop rigoureuse. En pareil sujet les visées de l'esprit, le préjugé populaire, le langage même

ont leur trait particulier. Enfin en ramenant l'attention sur un mouvement d'idées qui s'exprimait il y a 50 ans, nous faisons de l'histoire, qu'on veuille bien ne pas l'oublier.

En définitive quoi de moins pondérable que ces qualités que l'on nomme les vertus des plantes; que ces forces extraordinaires révélées par les termes de poisons végétaux ou animaux; que ces propriétés physiologiques et médicales qui se dégagent, la plupart du temps, si inattendues des manipulations du chimiste. Le médecin s'empare de ces substances, telles que la nature les lui donne, telles qu'elles sortent du creuset du laboratoire; mais qui dirige son attention vers ce corps ou un autre? n'est-ce pas surtout, dans les temps anciens, le hasard, la voix populaire bien plutôt que l'induction scientifique.

Aussi alors que l'on prétend expliquer l'action de ces substances adoptées comme remèdes, les solutions sont difficiles pour ne pas dire impossibles, ces forces naturelles se dérobant à l'analyse chimique autant qu'aux évaluations mathématiques. Les hypothèses n'ont pas fait défaut. N'eût-il pas été plus expédient de constater simplement les faits sans prétendre les expliquer.

Ces médicaments choisis, on ne les donne pas toujours à l'état brut. Le médecin leur fait subir des *préparations* dans le but d'en modifier l'action sur l'organisme, de l'accroître ou de l'atténuer; c'est en particulier le cas pour les médicaments homœopathiques. Le raisonnement, l'hypothèse sont encore intervenus pour interpréter ces faits nouveaux.

L'analyse spectrale a démontré pour l'arsenic et d'autres substances la présence de parcelles visibles jusqu'à la troisième division centésimale. Le fait est bon à recueillir

pour prouver que la matière n'est pas absente des préparations homœopathiques.

Ceux qui croient au développement d'un dynamisme particulier s'autorisent d'autres faits non moins dignes de remarque. *Prenez l'alumine*, la *silice*, le *lycopode*, *l'or*, le *platine*. Ces substances prises à doses massives sont inertes, sans action appréciable sur l'organisme. Il en est tout autrement après qu'elles ont subi les triturations et les atténuations hannemaniennes.

L'important ici n'est pas, nous le répétons, d'expliquer le comment ; c'est de constater des actions pathogénétiques et curatives. Or l'expérience a si souvent fait ses preuves que ces faits ont été mis hors de doute.

La même intervention officinale développe les facultés pathogéniques et élève à la puissance de médicaments, le sel marin (*natrum muriaticum*) le carbonate de chaux (*calcarea carbonica*); cependant l'homme consomme chaque jour dans ses aliments des quantités énormes de sel, l'eau qu'il boit est plus ou moins imprégnée de carbonate de chaux ; voilà des faits inattendus.

Tout à l'heure, il s'agissait de substances inertes en apparence à doses massives, comme la silice et l'alumine. que les atténuations d'Hahnemann font passer à l'état de médicament. Nous allons voir le même procédé d'atténuation mettre au service des médecins les substances les plus destructives, les plus intenses par leurs qualités délétères. Les trois règnes de la nature apportent ici leur tribut.

Le public est dès longtemps familiarisé avec les poisons minéraux, tels que l'arsenic, l'émétique, le mercure, etc. Il l'est aussi avec les vertus toxiques des plantes vénéneuses. La belladone, l'aconit, les solanées vireuses, sont

des types de cette catégorie. Il l'est moins avec ces agents terribles empruntés au règne animal : l'aiguillon de l'abeille, *l'aranea diadema* ; les serpents des tropiques, etc.

Dire que ces poisons sont rendus inoffensifs par le mode de préparation hahnemannien ce serait mal comprendre la pensée de l'expérimentateur, car en réalité il les veut rendre utiles et non pas inertes. Les atténuations ont pour but et pour effet de réduire l'action de ces agents si intenses à un degré où leur intervention dans l'organisme soit efficace sans nuire ; usant d'un terme appliqué depuis aux atténuations du virus rabique par Pasteur, poisons et venins ont été *domestiqués* par la préparation : d'agents destructeurs ils deviennent instruments de guérison.

Aussi bien devons-nous constater ici que les études pathogénétiques des médecins homœopathes ont contribué à écarter une opinion qui a longtemps dominé la science : c'est que les venins animaux sont annulés ou détruits dans l'estomac, qu'ils y perdent leur action toxique, à plus forte raison qu'ils ne sauraient acquérir une vertu thérapeutique.

Mon père a prescrit le lachesis déjà alors donné à la science par Hering. Nous le verrons tout à l'heure préparer et administrer comme remède le virus charbonneux. Depuis lui le nombre des médicaments empruntés par l'école d'Hahnemann s'est fort accru. La science s'est enrichie d'expériences pathogénétiques faites avec l'*apis*, le *naja*, le *cobra*, *le curare*, la *tarentule*. Leurs procès-verbaux démontrent les effets physiologiques déterminés par l'ingestion de ces venins à l'intérieur ; les effets thérapeutiques n'ont pas tardé à suivre et fort remarquables.

La portée de ces recherches avait frappé mon père, il s'appliquait à les faire apprécier. Il voyait là des matériaux

d'études pathogénétiques considérables et la thérapeutique munie par le maniement de ces remèdes nouveaux d'agents de la plus haute importance.

Assurément plusieurs de ces substances figuraient dans nos matières médicales, mais pour quelques-unes de connues combien d'absolument inusitées. Qui avant Hahnemann avait entendu parler du *lachesis*, de la *vipera torva* et de l'*aranea diadema*. Le procédé des atténuations n'avait pas moins de valeur car lui seul rend possible le maniement de tant de substances, depuis les plus dangereuses jusqu'aux plus inertes (*silice*, *alumine*, *calcarea*) toutes ces préparations ont fait leurs preuves et elles sont loin d'avoir livré tout leurs secrets.

Un des côtés les plus curieux de ce mode de préparation ce sont les différences signalées dans les actions du même remède suivant les doses et suivant le degré ou le chiffre des atténuations; telles nuances de certains faits sont difficiles à exprimer: elles n'en sont pas moins incontestables. Par exemple l'on ne produit pas avec une goutte de suc de belladone ou de noix vomique la même action qu'avec une goutte d'alcoolature (parties égales de suc de la plante et d'alcool). Avec une goutte de la 6e ou de la 12e dilution, les effets seront différents encore.

Ce point spécial de la question des doses a été étudié sous la direction de mon père par un de ses parents, le Dr Louis Dufresne dans la pathogénésie du *Menyanthés* treffle des marais, et par le docteur Gastier de Thoissey dans celle de la douce amère.

Il ne faut pas oublier qu'au début de ses études, Hahnemann employa des doses massives. C'est par elles et en les maniant avec des variations infinies sans leur faire subir aucune préparation préalable qu'il est arrivé aux conclu-

sions si remarquables de son *Essai sur un nouveau principe*. Les critiques qui s'obstinent toujours à voir l'homœopathie à travers les doses infinitésimales sont donc bien mal venus. Plus tard, graduellement, sous la pression de l'expérience, le novateur arrive aux atténuations, non seulement pour introduire les venins et les poisons animaux et végétaux dans la matière médicale, mais avant tout par la considération des actions trop fortes révélées par les tentatives sur l'homme sain. Inutile d'insister pour faire apprécier les ressources nouvelles mises à la disposition du médecin par cette échelle de graduation des doses et quelle fertilité d'expédients offrent au génie individuel les dilutions successives pour satisfaire aux indications les plus multipliées.

Mon père avait discerné dans cette posologie flexible autant que variée la marque d'un intérêt éminent. Il y revient souvent. Il y a un véritable intérêt historique à rappeler sous l'impression de quelles considérations cette conviction scientifique s'imposa au Dr Dufresne et au groupe de médecins qui suivit son impulsion (1830 à 1836).

Pour conclure sur ce sujet nous dirons que le Dr Dufresne inclinait vers l'opinion qu'il se produit dans la préparation des médicaments d'après les prescriptions d'Hahnemann un phénomène un *nescio quid* qui développe la force médicamenteuse. Ce quelque chose de particulier, il le désignait par le terme de dynamisation.

Après tout il exprimait son impression par une hypothèse : il ne s'en cachait pas et il ne tenait pas si fort à ce terme de dynamisme. Il n'était véritablement préoccupé que d'une chose : appréhender la force active des médicaments pour la mettre au service de son art.

(*A suivre.*) Dr Edouard Dufresne.

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

SEPTIÈME LEÇON.

SOMMAIRE. — Traitement du rhumatisme. — Médication perturbatrice et expectante. — Examen critique de la médication par le salicylate. — Traitement homœopathique, *aconit, bryone, colchique.* — Sulfate de quinine, ses indications. — Les mêmes médicaments conviennent dans des maladies différentes; et des médicaments différents conviennent dans une même maladie. — Régime maigre dans la phthisie, ses effets immédiats, ses contre-indications. — Les homœopathes de la seconde manière, d'après le journal d'*Hygiène.*

L'histoire thérapeutique du rhumatisme va nous servir d'exemple pour vous montrer comment la matière médicale, la loi de similitude et la clinique s'associent pour édifier le traitement des maladies.

Tous les systèmes de thérapeutique se sont essayés tour à tour dans le traitement du rhumatisme et, pour ne parler que des temps modernes, les saignées coup sur coup, le sulfate de quinine, le nitrate de potasse et le salicylate de soude à haute dose ont eu la prétention d'être le véritable traitement du rhumatisme, et d'avoir la puissance de juguler cette maladie.

A côté de ces médications violentes, des médecins se sont rencontrés, dans tous les temps, pour recommander une thérapeutique non perturbatrice, et, dans bien des cas, l'expectation pure et simple.

Pourquoi cette opposition sur le principe même du traitement du rhumatisme?

C'est que cette maladie évolue naturellement vers la

guérison; mais que cette marche favorable est facilement interrompue par les accidents les plus graves, or, à tort ou à raison, les médications énergiques sont accusées de troubler la marche naturelle de la maladie, et d'amener des complications graves du côté du cœur et du cerveau. Si vous lisez les journaux et les mémoires publiés sur le traitement du rhumatisme, de 1840 à 1850, vous y trouverez les accusations les plus graves formulées par les partisans du sulfate de quinine contre ceux des saignées coup sur coup, et, réciproquement. Un examen impartial des arguments fournis par les deux parties adverses, démontre que leurs reproches réciproques sont vrais, et que ces deux thérapeutiques violentes ont à leur actif un certain nombre d'accidents et de complications.

Le salicylate de soude est-il plus innocent? Nous pourrions répondre, *a priori*, qu'il est même plus dangereux que les deux autres méthodes; parce que, plus énergique encore, il supprime plus complètement et plus vite les deux symptômes principaux du rhumatisme : l'arthrite et la fièvre, tout en laissant subsister la maladie qui reparaît avec la même violence, si on suspend le médicament; or, encore une fois, dans le rhumatisme articulaire aigu, tout le danger vient des complications; et ces complications ne se développent jamais plus facilement que lorsqu'une cause quelconque vient interrompre la marche naturelle de la maladie. L'examen des faits cliniques a confirmé cette appréciation du traitement par le salicylate de soude.

Nous avons recherché dans la *Revue des sciences médicales* tout ce qui avait été publié sur l'action du salicylate de soude, et j'ai déjà rapporté dans une discussion à la Société homœopathique (séance du 21 janvier 1886) tous les

documents existant alors sur l'emploi du salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme.

Je reproduis le procès-verbal de cette séance :

D'abord, quelle est l'action du médicament sur le rhumatisme, lorsqu'elle est heureuse ?

Vulpian dit que le salicylate modifie heureusement et rapidement le rhumatisme articulaire aigu ; les modifications se font dans l'ordre suivant : la douleur disparaît d'abord, puis le gonflement, puis la rougeur, enfin la fièvre (*Revue des sciences médicales*, t. XVI).

De telle sorte que ce sont les symptômes locaux qui disparaissent les premiers, puis les symptômes généraux.

Tous les médecins sont d'accord sur ce point. S'il en était toujours ainsi, la question serait jugée favorablement. Mais il n'en est pas toujours ainsi et il faut chercher dans les auteurs des faits moins favorables.

Le D[r] Beiz, de Copenhague (*id.*, t. XIV) est arrivé à ce résultat que la durée du rhumatisme avant l'emploi du salicylate était de 39 jours 24; avec ce dernier médicament 35 jours 82; ce qui n'est pas merveilleux.

Un autre auteur dit que les arthrites disparaissent ordinairement très vite ; mais que les rechutes sont faciles avec cas nombreux d'insuccès : « Le remède fait merveille « dans les cas légers, on n'obtient rien dans les cas gra- « ves. »

Baumler (*id.*, t. XXIII) a traité 179 rhumatisants avec le salicylate : chez les hommes, la fièvre a disparu du 1[er] au 26[e] jour; chez les femmes, du 1[er] au 49[e]. La maladie cède, en général, dès les premiers jours ; les symptômes ne sont quelquefois qu'atténués; enfin, *les récidives peuvent se reproduire, malgré la continuation du médicament.*

Quelle est l'action du salicylate sur *les complications?*

Vulpian dit qu'il ne produit rien sur les pleurésies, ni sur les endocardites.

Baumler dit que chez les 179 malades, les complications cardiaques se sont montrées dans la proportion de 18,50 pour 100 ; ce qui est à peu près la proportion qui existait avant l'emploi du salicylate.

Enfin, il y a eu des accidents et des morts causés par le salicylate de soude. Nous n'avons pas la mention de tous les cas de morts ; mais nous avons relevé un certain nombre d'accidents.

Nous lisons dans l'article du Dictionnaire de Jaccoud qu'on a reproché au salicylate de faire baisser fortement l'activité cardiaque et de provoquer le collapsus ; ces faits ne peuvent être contestés.

Zuber (*Revue des sciences médicales*, t. IX) a recherché son action sur le cœur, chez les chiens et a constaté la diminution rapide de la pression artérielle et l'arrêt en diastole du cœur, qui a perdu sa contractilité électrique.

Il produit souvent, même à dose modérée, une dyspnée et un délire, présentant des caractères particuliers.

La dyspnée est caractérisée par la lenteur de la respiration, la nécessité de l'action de tous les muscles inspirateurs : muscles des ailes du nez et du cou ; elle se termine par une asphyxie plus ou moins rapide.

Bälz a observé un délire violent après 4 grammes de salicylate ; on a observé aussi de la manie aiguë et des accidents tétaniques ; dans d'autres circonstances, un collapsus mortel.

Voici quelques observations résumées : Un rhumatisme articulaire aigu est traité par le salicylate de soude, 4 grammes par jour ; le 3e jour apyrexie, on diminue la dose ; malgré cela, le 6e jour, délire furieux qui

ne cesse qu'avec la cessation du médicament (Apolant, *Revue des sciences méd.*, t. XXI).

Une femme de 44 ans fut traitée par le salicylate de soude pour un rhumatisme pendant dix jours. Le 11e jour, survinrent des bourdonnements d'oreilles, de l'insomnie ; une excitation extrême, un délire aigu, à forme érotique, hallucination de la vue et de l'ouïe ; ces symptômes persistèrent trois jours et ne cédèrent qu'au bromure de potassium et au chloral. (Bogdonoff, *id.*, t, XXI.)

Dans l'observation suivante, il semble que le médecin s'occupe plus d'expérimentation que du soulagement du malade ; celui-ci ne passe qu'en second lieu.

Il s'agit d'une dame rhumatisante présentant des douleurs sans fièvre qui absorba 2 grammes de salicylate en deux heures et qui est prise aussitôt après de tintements d'oreilles, vue voilée et papillotages, courbature, frissonnements ; trois quarts d'heure plus tard, violent frisson, froid glacial de la face et des membres, claquement de dents, tremblement convulsif de tout le corps, respirations très accélérées et très profondes, palpitations, fièvre à 40,5 sous l'aisselle ; le frisson dure une heure, puis chaleur avec 40° seulement ; au bout d'une seconde heure, sueurs profuses qui durent de six à huit heures et se terminent par une apyrexie complète. Le médecin croyant à un accès paludéen en attend un second pour agir ; celui-ci ne vient pas. Cinq semaines après, même dose de salicylate suivie d'un accès fébrile encore plus grave. (Max Baruch, *id.*, t. XXII.)

Pour nous, cet accès fébrile a tous les caractères d'un accès pernicieux, médicamenteux ; ce qui peut être à retenir.

Nous avons relevé aussi quelques cas de mort. D'abord,

le cas du Dr Empis, qui a été observé en ville et non suivi d'autopsie ; c'est une morte subite dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu traité par le salicylate.

MM. Dixneuf et Watelet citent plusieurs cas de mort, sans que nous en sachions le nombre. (*Id.*, t. XIV.)

Voici une observation avec autopsie. Jeune fille de 17 ans, souffrant depuis un an de douleurs rhumatismales et ne présentant pas de complications viscérales, prend 10, puis 12 grammes de salicylate par jour. Diminution rapide des douleurs, mais vertiges, respirations fréquentes, obnubilation et mort le 4e jour ; autopsie : congestion intense de l'encéphale, des méninges et des reins, splénisation des lobes pulmonaires inférieurs ; cœur presque vide, salicylate de soude dans le sang du cœur, la bile et les urines. C'est à proprement parler un cas d'homicide par imprudence. (Quincke, *id.*, t. XXII.)

Ces accidents ont tellement frappé les observateurs, qu'on conseille aujourd'hui de donner de petites doses multipliées, de ne pas dépasser 6 grammes et d'examiner tous les jours les urines pour voir si le salicylate s'élimine.

Nous conclurons de ces faits, empruntés à des sources bien diverses, et par conséquent, parfaitement concluants, que le salicylate de soude est un médicament héroïque dans un petit nombre de cas dont on n'a pas fixé encore les caractères ; et qu'il est impossible de reconnaître d'avance.

Que dans le plus grand nombre des cas, le salicylate de soude se borne à diminuer la douleur sans abréger la durée de la maladie, ni empêcher les complications.

Qu'il y a des cas de mort incontestablement imputables

à l'usage du salicylate de soude comme dans l'observation que nous venons de citer.

En raison de ces faits, nous repoussons l'usage du salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme, comme habituellement inutile et quelquefois dangereux.

Quel est donc notre traitement du rhumatisme?

Quatre médicaments principaux sont employés dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu par l'école homœopathique : l'aconit, la bryone, le colchique et le sulfate de quinine.

L'*aconit* a été employé avant Hahnemann dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu; Fleming et Stork, sont les deux auteurs qui ont le plus insisté sur l'emploi de l'aconit dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu; mais, ils ont eu le tort de prescrire ce médicament dans tous les cas. Or, l'aconit n'est efficace que quand il est indiqué.

L'indication de l'aconit dans le traitement du rhumatisme se tire uniquement du mouvement fébrile. L'aconit sera prescrit toutes les fois que le mouvement fébrile affectera un type continu, qu'il s'accompagnera d'une haute température, d'un pouls grand, de la rougeur de la face, d'agitation et de sueurs profuses.

L'expérience nous a appris que ce médicament agissait plus sûrement en teinture mère, à la dose de 1 à 2 gr. par jour, dans 200 gr. d'eau; une cuillerée toutes les deux heures.

La *bryone* a été longtemps le principal médicament des médecins homœopathes et nous reconnaissons, que c'est un médicament très bon, quand il est prescrit suivant ces indications.

Ces indications sont en première ligne : des arthrites,

avec douleurs aggravées par le moindre mouvement, avec gonflement *pâle* de la jointure malade; mais nous notons expressément que des guérisons rapides ont été obtenues par la bryone dans des conditions opposées; c'est-à-dire, quand le gonflement s'accompagnait de rougeurs.

La bryone convient quand le mouvement fébrile est modéré. Les basses triturations ou dilutions, à partir de la sixième, suffisent habituellement; mais nous reconnaissons que la teinture mère, employée par quelques-uns de nos confrères, n'a aucun inconvénient.

Le *colchique* convient, comme la bryone, quand le mouvement fébrile est modéré, ou, quand il a été diminué par l'administration d'un autre médicament. Ce médicament est principalement indiqué dans les arthrites sans gonflement, avec douleurs déchirantes ou lancinantes et sensation de paralysie dans les membres malades; les douleurs augmentent dans les temps d'orages, et l'élévation de la température.

Nous employons habituellement la teinture de semence à la dose de 5 à 10 gouttes, dans 200 gr. d'eau, une cuillerée toutes les deux heures.

Mais, le *sulfate de quinine* est le médicament principal du rhumatisme articulaire aigu, quand le mouvement fébrile est rémittent ou intermittent. Les indications tirées de l'état local sont les suivantes : gonflements et rougeurs des articulations; aggravation par le moindre attouchement. Ce dernier symptôme est caractéristique.

La clinique n'a pas encore dit son dernier mot, sur la dose du sulfate de quinine la plus efficace dans le traitement du rhumatisme; mais, cependant, plusieurs points sont déjà acquis.

En premier lieu : le sulfate de quinine ne doit point

être administré en une seule dose quotidienne, comme dans le traitement de la fièvre intermittente ; mais, il doit être donné par dose fractionnée toutes les deux ou trois heures.

Un second point, également acquis, c'est que les doses énormes employées autrefois sont absolument inutiles, et que, dans la plupart des cas, on obtient une guérison rapide par les premières triturations. Si la maladie résiste à ces toutes petites doses, on devra employer la substance elle-même à la dose de 10 à 30 centigr. prise en six fois dans la journée, nous n'avons jamais été obligé de dépasser cette dose.

Il faut encore mentionner la *pulsatile* qui trouve aussi son emploi quand la fièvre est peu intense, les douleurs peu aiguës et surtout se déplacent très facilement ; et enfin la *violette* qui ne réussit guère que chez les hystériques après la chute complète de la fièvre.

Ces deux derniers médicaments se prescrivent habituellement à la sixième dilution.

Je désire attirer votre attention sur un fait de thérapeutique générale qui a son importance. Si vous étudiez le traitement de la goutte, tel que je l'ai formulé dans mes *Éléments de médecine pratique*, vous y rencontrerez les mêmes médicaments que ceux que je viens de vous indiquer dans le traitement du rhumatisme ; et, cependant, le rhumatisme et la goutte sont deux maladies différentes.

Si, d'autre part, nous prenons pour exemple une seule maladie, la fièvre intermittente, par exemple, nous voyons que cette maladie peut être guérie au moins par deux médicaments différents : le sulfate de quinine et l'arsenic. Que conclure de ces faits, que nous pourrions aisément multiplier? C'est que la thérapeutique ne s'adresse pas

l'espèce morbide, mais à l'ensemble des symptômes. Quand un complexus pathologique bien déterminé répond à un médicament, ce médicament doit être administré, quelle que soit la maladie dans laquelle se présente ce complexus morbide.

Ce principe de thérapeutique est la ruine de la thérapeutique étiologique qui a la prétention de s'adresser toujours à la cause prochaine ; c'est-à-dire à la maladie elle-même.

En terminant ces conférences, je veux vous dire un mot du *régime maigre* dans la phthisie.

Ce régime ne pouvait manquer de trouver beaucoup d'adversaires à une époque où on considère l'anémie comme la cause de toutes les maladies; et, où, en particulier dans la phthisie, on a préconisé la suralimentation et le *gavage*.

Et, cependant, si on voulait se reporter aux analyses du sang, on se convaincrait facilement que pendant presque toute la durée de la phthisie, le sang est riche en globules.

D'une autre part, il ne faut pas oublier que les deux maladies qui, sans être absolument incompatibles avec la phthisie, présentent cependant un obstacle véritable au développement de cette maladie sont : la chlorose et la cachexie paludéenne; toutes les deux caractérisées par une anémie prononcée.

La cachexie et surtout la diarrhée constituent des contre-indications au régime maigre. Quelle que soit la période à laquelle soit arrivée la maladie, le régime maigre produira ses bons effets dans la phthisie, surtout si le malade accepte facilement l'usage du lait. Le régime maigre produit habituellement l'augmentation des forces et la diminution de

l'amaigrissement; c'est un régime engraissant par excellence; il diminue aussi le mouvement fébrile, et, c'est un fait que nous avons démontré cette année sur les trois malades dont je vous présente le tracé thermique (1).

Le régime maigre consiste essentiellement dans la privation de la viande et du vin; il se compose principalement : de lait, d'œufs et de farineux sous forme de purée.

Le Journal d'Hygiène nous a fait l'honneur de rapporter avec une bienveillance dont nous le remercions, le début de notre première leçon.

Il nous appelle, et nous aimons assez cette expression : *homœopathes de la seconde manière*; mais notre confrère, le Dr Echo, se fait illusion, en disant qu'au lit du malade, la thérapeutique homœopatique et allopathique se rapprochait *diablement* (pour employer son expression).

Malheureusement non, les deux thérapeutiques ne se rapprochent point autant que l'affirme notre confrère. La thérapeutique allopathique reste la thérapeutique étiologique; elle poursuit la cure de la cause; les méthodes évacuantes, antithermiques et antiseptiques sont plus que jamais à l'ordre du jour; ils ont succédé aux antiphlogistiques et à tous les *anti* de la tradition. C'est là, nous vous le disions dans une de nos dernières conférences, le principal obstacle à l'extension de la réforme d'Hahnemann; et nous appelions, avec juste raison, cet engouement des allopathes, l'ensorcellement de la thérapeutique étiolo-

---

(1) Le régime maigre donne à des malades atteints de fièvre hectique avec grandes oscillations (38° à 40°) a fait baisser la température. Après quelques semaines de ce régime, les oscillations étaient réduites de 37° à 38°,5, et les malades présentaient jusqu'à huit et dix jours d'apyrexie complète pendant le mois.

gique ; ensorcellement tellement puissant que le D^r Echo n'en n'a pas même conscience.

Mais, n'est-ce pas un aveuglement plus complet encore que de comparer Burgraeve à Hahnemann ? Peut-on dire que ce vulgaire médecin qui confond sciemment ou non, une réforme pharmaceutique avec une réforme thérapeutique ait une *envergure scientifique qui peut rivaliser avec celle de Hahnemann.*

Nous préférons croire qu'il y a ici une faute d'impression. Certainement notre confrère, Echo, ne peut mettre sur la même ligne l'habile exploiteur des granules Chanteau et Hahnemann qui reste le Père de la thérapeutique moderne, par la création de la matière médicale expérimentale, et par l'application d'une formule d'indication qui rend inutiles toutes les hypothèses étiologiques.

D^r P. Jousset.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Pathogénie des houillères. — Accidents de la chloroformisation. — Cure des tuberculeux a l'air et au repos. — Essai d'antisepsie médicale. — Trépanation dans une fracture du crane. — Syphilis et prostitution.

I

Le D^r Fabre (de Commentry), correspondant national, a profité de 18 années de pratique près d'une population de mineurs pour donner le résumé de ses observations.

Une vieille erreur qui remonte à Hallé (1802), consiste à admettre qu'il existe une maladie spéciale aux mineurs, l'*anémie*. Cette maladie professionnelle est de pure fantaisie. En fait, les affections dont souffrent les mineurs sont très variées et l'hygiène de l'ouvrier extrêmement complexe. Mais aussi bien, il n'existe aucune uniformité dans le travail : différences de profondeur de la mine, de température, d'humidité, de poussières, de ventilation bonne ou nulle, par conséquent de pureté ou de viciation de l'air; ces variations existent dans la même mine. La condition la plus constante est l'obscurité : son action, toutefois, n'est pas aussi nuisible qu'on le dit, puisque les ouvriers sont loin de s'en mal trouver, et une condition aussi générale, si elle était très mauvaise, s'en prendrait à tout le monde. La phthtisie des mineurs n'est pas plus vraie que l'anémie, car elle n'est que de l'*anthracosis*.

On doit diviser les maladies des mineurs en deux catégories, les accidentelles et les professionnelles : les premières sont de plus en plus évitées par les progrès de l'outillage, mais il ne s'agit ici que des maladies professionnelles, dont les causes peuvent être réduites à cinq facteurs principaux, savoir : 1° le manque d'oxygène ; 2° l'humidité ; 3° les émanations délétères ou méphitiques ; 4° la chaleur trop élevée de certaines galeries ; 5° l'abondance des poussières.

Les résultats de ces conditions étiologiques se divisent également en cinq groupes d'effets morbides ;

1° Affections des voies respiratoires; 2° affections du sang et de l'appareil circulatoire ; 3° maladies des voies digestives ; 4° maladies du système locomoteur; 5° troubles des organes des sens.

1. — Emphysème, anthracosis ; bronchites avec crachats

noirâtres, laryngites plus rares. La phthisie tuberculeuse est tout à fait exceptionnelle.

2. — On parle d'hypertrophie cardiaque comme possible, mais sans preuve positive ; dans les galeries à air confiné, on observe des phénomènes d'anoxhémie. Rien de plus rare, au contraire, que l'anémie vraie.

3. — Indigestions et dyspepsies sont fort communes : M. Fabre l'attribue surtout à l'impureté de l'eau. Il ne nous dit rien de l'alcoolisme, ce qui n'est pas sans m'étonner un peu.

4. — Les affections rhumatismales sont très communes aussi, surtout musculaires, ainsi que les névralgies à frigore.

5. — Les éruptions spéciales, fréquentes chez les mineurs, auraient mérité mieux qu'une simple mention, parce qu'elles sont pathogénétiques, et, que notre école, moins dédaigneuse que la Faculté, sait, depuis Hahnemann, les utiliser avec profit. Ce sont des miliaires, des furoncles, de l'érythème, du prurigo, de l'ecthyma, de l'eczéma, de l'urticaire. Quant aux yeux, le nystagmus serait plus commun que dans les autres professions.

En résumé, intérêt minime, et je ne concevrais pas trop le but de cette communication, si son auteur ne visait pas les *exploitants* des mines, pour leur donner divers conseils. C'est dans les habitudes du jour; mais il me paraît que les mineurs ne sont pas trop *exploités*, puisque M. Fabre convient lui-même (p. 350 du Bull.) que l'hygiène des houillères s'est améliorée progressivement et est aujourd'hui presque parfaite. De bonne foi, les patrons si conspués par nos politiciens, ne peuvent pas aller plus vite que les progrès de l'hygiène. Donc, beaucoup de bruit pour rien.

II

Elle est éternelle, la querelle des physiologistes et des cliniciens, et, si l'on en parle moins de nos jours, c'est que les tendances de l'école actuelle sont à la fusion : il faut que le gant soit relevé par un chirurgien, M. Verneuil, à propos du chloroforme. Juge impartial, mais non désintéressé, nous résumerons le débat.

La colère de M. Laborde est grande : songez donc que M. Verneuil était allé jusqu'à dire ces choses monstrueuses :

« *Qu'on fasse, dans le laboratoire, toutes les expériences que l'on voudra ; mais qu'on se garde de les transporter au lit du malade...*

Et ailleurs :

« *Un mot sur les expériences du laboratoire : A mon avis, elles ne peuvent pas grand'chose dans la question : elles sont tout à fait incapables d'élucider les causes de la mort chez l'homme.* »

« *A l'appui de cette négation, je puis invoquer ce fait, que beaucoup de sujets chloroformisés meurent de syncope, c'est-à-dire d'un accident que l'on essaiera vainement de produire chez les animaux anesthésiés.* »

M. Laborde ne connaît pas d'hérésie plus colossale, puisqu'on peut produire à volonté, chez le lapin, des actions d'arrêt primitives, soit cardiaques, soit respiratoires, mais surtout cardiaques. Or, que sont ces actions inhibitoires, sinon des syncopes? On obtient cela moins facilement avec l'éther et pas du tout avec le bichlorure de méthylène.

M. Verneuil s'excuse d'avoir fait de la peine à son ami Laborde. Suivant le savant chirurgien, les conditions où

nous donnons le chloroforme chez l'homme sont différentes. Sur qui opère-t-on, en effet? Sur des malades... Ce sont les états pathologiques dont les malades sont atteints qui constituent le danger. Il a perdu deux malades seulement du chloroforme, dans sa longue carrière, et ces deux malades étaient des tuberculeux pulmonaires avancés : nos opérés asphyxient quelquefois, dès qu'on approche la compresse de leur bouche. Du reste le savant professeur a essayé de tenir compte des travaux des physiologistes, et il n'a pas eu à se louer des procédés recommandés dans le laboratoire. Faire précéder le chloroforme d'une injection de morphine, est une pratique pleine d'inconvénients, et l'association de l'atropine et de la morphine, malgré la haute autorité du physiologiste qui l'a proposée, est une innovation des plus dangereuses.

Dans la séance du 10 juin, M. Laborde reprend la question *ex professo*, au point de vue doctrinal. La physiologie dit-il, doit précéder et commander la pathologie; en second lieu, la physiologie pathologique étudie et détermine les *mécanismes pathologiques* (sic).

« *Nous aussi, s'écrie l'orateur, nous sommes des cliniciens ; nous transportons le phénomène pathologique au laboratoire, et en devenons ainsi les maîtres, les conquérants, suivant l'expression de Cl. Bernard, arrachant la médecine aux incertitudes de l'empirisme.* »

C'est très beau : reste à savoir si M. Laborde fournit de sa fière déclaration « l'*exemple topique* » qu'il pense, en choisissant le chloroforme. On a démontré, au laboratoire, que la mort d'emblée, sous les inhalations chloroformiques, était un réflexe inhibitoire, sur le bulbe et le pneumogastrique, provenant soit du nerf nasal, soit du nerf laryngé supérieur. Pardon; mais il me semble que

personne ne nie qu'il est très important, pour le clinicien, de connaître le mécanisme des actes pathologiques, des actes simples, et que ce mécanisme, M. Laborde nous l'a donné en ce qui concerne la syncope chloroformique. Mécanisme d'un acte? Qu'est-ce? C'est l'analyse, très utile, du mode de production d'un acte, ce n'est pas la connaissance des conditions, ou, si l'on veut, de toutes les conditions de cet acte, et encore moins la connaissance des actes morbides complexes. En d'autres termes, l'analyse élémentaire, la dissection physiologique des phénomènes n'est qu'une partie de leur étude, et, par conséquent, ne saurait, en aucune façon, se substituer à la clinique, qui seule peut utiliser les matériaux que la physiologie lui fournit; n'est-elle pas seule juge du parti que l'on doit en tirer? Prétendre, comme Gubler, que la clinique est un corollaire de la physiologie, n'est-ce pas renoncer de gaieté de cœur à la meilleure part de nos connaissances médicales, si l'on est logique; car heureusement pour les malades, on ne l'est jamais en pareille circonstance? La question doctrinale est donc facilement résolue en faveur de M. Verneuil. Au contraire, pour ce qui est du chloroforme et de l'analyse physiologique des accidents de son emploi, la parole est à la physiologie et à M. Laborde : aussi bien est-il temps de revenir aux faits qui ont motivé le débat.

L'action du chloroforme sur l'organisme peut se produire dans deux conditions différentes :

1°. — Action primitive, initiale, topique, déterminée par le contact, l'impression des vapeurs sur la muqueuse : *réflexe cardiaque*, ou *respiratoire*, lequel peut être mortel, et *part du nerf nasal ou du nerf laryngé supérieur, pour se réfléchir sur le bulbe et aboutir au pneumogastrique*. La mort par le cœur est plus commune; mais la syncope respira-

toire est également possible, et cette dualité est en rapport avec le fait de la distinction des deux noyaux bulbaires, respiratoire et cardiaque. Quand même l'arrêt inhibitoire ne résulte pas de la première impression sur la muqueuse des voies supérieures, il peut se montrer encore après la pénétration des vapeurs dans tout l'arbre bronchique ; ce n'est plus la mort stupéfiante à la première inspiration, mais c'est encore la mort brusque et inopinée, au bout d'un petit nombre d'inspirations, par le même mécanisme réflexe.

2°. — Dans la seconde catégorie de faits, la mort arrive plus tardivement, comme résultat de l'action toxique proprement dite de la substance, qui a eu le temps d'imprégner l'organisme. Ici c'est le centre bulbaire de la respiration qui est atteint tout d'abord, et le cœur ne s'arrête qu'après la respiration. Or c'est là la mort ordinaire par le chloroforme, et nous dirons à M. Laborde qu'il a d'autant plus facilement raison que les cliniciens avaient dès longtemps fourni la preuve que tel est le genre de mort le mieux établi, dans ces cruelles catastrophes heureusement peu communes. Il était intéressant de le démontrer au laboratoire, et la clinique triomphe sur toute la ligne.

Où elle reprend ses droits, c'est pour la prophylaxie des accidents chloroformiques, et, ici, M. Verneuil a raison contre M. Laborde.

Celui-ci, en effet, dans la séance du 17 juin, s'appuie sur les données du laboratoire pour trouver les meilleurs moyens d'éviter les accidents. Que préconise-t-il, en définitive ? La *morphine*, dont les avantages de l'association à la chloroformisation ont été démontrés par *Claude Bernard* : en émoussant la sensibilité des nerfs nasal et laryngé,

elle pourrait prévenir la syncope cardiaque, possible, comme nous l'avons vu, dès la première inspiration, et, en effet, les accidents semblent moins fréquents chez les chiens, lorsqu'on fait précéder les inhalations chloroformiques d'une injection de morphine. En est-il de même pour l'homme? M. Laborde convient, lui aussi, que la morphine, plus facile à manier chez les animaux que chez l'homme, est capable, à elle seule, d'occasionner des syncopes. La clinique a donc toujours le dernier mot, l'orateur le prouve lui-même, mais comme M. Jourdain faisait de la prose, sans le savoir. Il y a bien la *narcéine*; mais il faudrait la rendre soluble, et c'est encore un secret, soigneusement gardé par un pli cacheté. Nous devons être satisfaits que l'on ne nous propose pas le *curare*, dont le but serait de diminuer l'excitabilité du pneumogastrique, aboutissant du réflexe. A la place du curare décidément inacceptable, on nous offre l'*atropine* : les expériences sont remarquables, il faut en convenir, leur source nous inspire confiance, car elles émanent de MM. Dastre et Morat. Cependant, M. Verneuil bondit, quand on lui fait cette proposition. Peut-être n'a-t-il pas tout à fait tort, les injections d'atropine n'ayant guère réussi jusqu'ici qu'à causer des accidents. Quant aux accidents tardifs, ils seraient impossibles, toujours suivant les physiologistes, si on avait recours aux *mélanges titrés de Paul Bert*. Oh! le bon billet..... Je suppose que le lecteur connaît les appareils en question : mais alors, on ne pourra plus donner le chloroforme qu'à l'hôpital. Le comble est pour la fin : l'appareil Paul Bert ne suffit pas à l'ambition de M. Laborde, et il ne propose aux chirurgiens rien moins que de se munir des *appareils enregistreurs*, *cardiographes* et *pneumographes*, afin de suivre, seconde par seconde, les

modifications de la circulation et de la respiration. Après cela, il faut tirer l'échelle. Vous voyez d'ici la chirurgie centralisée dans quelques laboratoires spéciaux. Si c'est cela que l'on veut, qu'on le dise. Fort heureusement, tous les médecins savent que la pratique a d'autres exigences : faute d'un laboratoire tout monté, à portée de la main, on ne laissera pas périr le malade qui attend. Peut-être même, le chloroforme n'aura-t-il pas, pour lui, plus de dangers. A tout il faut une conclusion : je ne trouve que celle-ci, c'est que le rôle de la physiologie est assez grand, pour qu'il ne dût pas être permis de la compromettre, en la substituant à la clinique, dont elle est et le titre est assez beau, l'utile auxiliaire. Dans ces limites honorables, il est certain que M. Laborde et ses collègues nous ont rendu, qu'ils nous rendront encore de grands services.

III

M. Daremberg a fait une communication sur le *traitement de la tuberculose par l'air et le repos*. La vie au grand air est, depuis si longtemps, mise en pratique chez nous par Bennett qu'il n'était pas vraiment nécessaire d'invoquer les étrangers, ce qui est notre grand ridicule à nous Français. Il était plus opportun, et l'auteur a bien fait d'insister sur ce point, de préconiser le repos musculaire. On ne se lassera jamais de répéter que la fatigue, et par conséquent la marche exagérée, est le grand ennemi du phthisique. M. Daremberg demande que, lorsque la température ne dépasse pas 38° le soir, on permette deux ou trois petites promenades de 1/4 d'heure par jour ; avec une température plus élevée le soir, la marche sera interdite ; car il n'est pas de meilleur moyen de faire monter

le thermomètre. Non moins que l'exercice à pied, les ascensions sont susceptibles d'élever la fièvre, et elles doivent être graduées avec le plus grand soin. Les promenades en voiture découverte sont totalement interdites.

Comment donc faut-il installer le malade ? Il passe la nuit, même l'hiver, dans le Midi, avec les fenêtres entr'ouvertes, les persiennes fermées ; le jour, on le tient, presque tout le temps, assis sur une chaise longue, à l'air libre, chaudement emmailloté dans des couvertures ou des châles épais. Ce n'est pas que le Midi ne réclame d'énormes précautions, car on a à lutter contre trois ennemis, qui sont le vent, le soleil et les variations brusques de température. Aussi dispose-t-on des abris, des tentes et des kiosques. Par le grand soleil, on doit quitter les tentes, dès que la température, prise à la hauteur de la tête, dépasse 20°; quelques instants avant le coucher du soleil, il est obligatoire de rentrer dans l'appartement, à cause du refroidissement subit de l'atmosphère qui se produit à ce moment. Les observations de M. Nicaise que nous avons rapportées en leur temps, nous ont appris, d'autre part, que sur le littoral méditerranéen du moins, les fenêtres ouvertes la nuit refroidissaient à peine la chambre à coucher, à la condition que les mêmes fenêtres aient été maintenues ouvertes au soleil, durant le jour. Cependant, si on a affaire à un malade non habitué à cette pratique, l'accoutumance sera obtenue graduellement. Au bout d'un certain temps de la vie que je viens d'indiquer, il est hors de doute que les phthisiques deviennent infiniment moins sensibles aux variations atmosphériques, que les hémoptysies sont moins fréquentes et que la fièvre tombe. C'est une cure d'endurcissement, mais bien ménagé à coup sûr, puisqu'on a remplacé l'antique formule

« Allez vous promener dans le Midi » par cet autre : « Allez vous étendre dans le Midi ». Tout cela, les praticiens le savaient ; la vérité, c'est qu'on n'osait pas vaincre le préjugé, et que les médecins qui font entrer ces prescriptions hygiéniques dans les mœurs ont droit à notre reconnaissance.

Deux réserves à faire : il n'est pas question des phthisies apyrétiques au début, ni de certaines formes très lentes, également dépourvues de fièvre. En second lieu, l'aérothérapie ne dispense d'aucun traitement médical, étant seulement l'adjuvant qui permettra au traitement d'être efficace.

M. Daremberg convient que les prescriptions dont il a exposé les résultats, sont souvent difficiles à faire exécuter. En conséquence, il est d'avis d'établir des *sanatoria*, parce que cette sévère hygiène est plus facile à exécuter en commun : nous savons que cela se fait à l'étranger ; reste à savoir si nos mœurs nationales s'en accommoderont aussi bien. J'en doute fort, pour mon compte.

M. Dujardin-Beaumetz regrette que M. Daremberg n'ait pas parlé du *traitement de la phtisie par l'air chaud*, recommandé par Weigert. L'orateur l'a essayé et trouvé nul dans ses résultats : M. Daremberg a donc eu raison de ne pas en parler.

M. Constantin Paul croit aussi l'air chaud nuisible, et il n'en veut d'autre preuve que ce fait clinique, à savoir que les phthisiques ne supportent plus les traitements thermaux, dès que la température s'élève trop.

M. Verneuil prétend, au contraire, que M. Clado en a obtenu de bons résultats dans la *tuberculose du larynx*.

M. Dujardin-Beaumetz réplique que cela peut être vrai

pour une tuberculose locale, mais ne saurait s'appliquer à la phthisie pulmonaire, comme en font foi les expériences qu'il a instituées lui-même. *Les inhalations d'air chaud sont bien tolérées par les malades, mais elles sont inefficaces et accélèrent la marche de la maladie.*

IV

Le terme d'*antisepsie médicale*, choisi par M. Grancher pour sa communication à l'Académie, n'est peut-être pas très heureux, puisqu'il n'a parlé que de *prophylaxie des maladies contagieuses*. Encore joint-il l'*isolement* aux précautions antiseptiques. Il est même intéressant d'apprendre comment le professeur de l'hôpital des Enfants pratique l'isolement dans son service.

Dans la salle commune, le malade diphthéritique ou rubéoleux, a son lit entouré d'un *paravent* de 1 mètre 20 de haut, en *toile métallique*, dont la première feuille est fixée au mur par un crochet et sert de porte d'entrée pour tous les besoins du service. L'enfant, ainsi mis en *box*, ne souffre pas de son isolement, car il voit les autres enfants à travers le grillage.

Le service des malades en box est fait par une *infirmière spéciale*, qui seule doit aborder les enfants : après chaque contact, elle se lave les mains au *sublimé* et change de tablier ; elle ne touche aucun autre sujet que les isolés. Tous les objets nécessaires aux repas de chaque malade lui sont apportés dans un *panier à compartiments*, *en fil de laiton*, et le panier, après le service de l'enfant, est plongé dans l'eau bouillante.

Nous accordons volontiers à M. Grancher que, sans antisepsie, l'isolement n'est que dangereux par l'accumu-

lation des germes, et que sa manière de faire, très pratique, est aussi bien combinée que possible. Mais quels sont les résultats ? Voilà toute la question.

M. Grancher *a échoué pour la rougeole* : il y a donc d'autres conditions à trouver. Quant à la *diphthérie*, c'est autre chose : le nombre des cas intérieurs, qui était de 87 en 1885, n'a été que de un seul cas en 1889, tandis que, pour l'ensemble des autres services, il atteignait 152. Le fait unique de contagion, chez M. Grancher, reste même douteux. Un tel résultat est très important, par lui seul, et en tant qu'il démontre que *la prophylaxie de la diphthérie semble plus facile que celle des autres maladies contagieuses.* Les mesures prisent se résument ainsi : 1° *réduire au minimum les contacts suspects*; 2° *désinfecter les objets souillés après le contact.*

V.

M. Routier donne l'observation d'un homme âgé de 36 ans, qui, à la suite d'une chute, présenta une *hémiplégie droite*, avec *perte complète de connaissance*, *membre inférieur inerte*, *membre supérieur contracturé*, *sensibilité obtuse des deux côtés*, *sensibilité réflexe abolie à droite* ; *gonflement à la région pariétale gauche*, *sans plaie*. Les accidents étaient apparus quelques minutes après la chute : aussi diagnostiqua-t-on un *épanchement sanguin*, dû sans doute à la *rupture de la méningée moyenne*. Séance tenante, M. Routier procéda à la *trépanation* ; plusieurs traits de fracture circonscrivaient deux fragments osseux, qui furent enlevés, nonobstant quatre couronnes de trépan. On arriva alors sur un caillot volumineux : l'artère méningée était déchirée, le long d'un trait de fracture, elle donnait beau-

coup de sang, mais ne put être saisie. Il fallut se contenter d'un tamponnement avec de la gaze iodoformée chargée de tannin ; puis la peau fut suturée, sauf au niveau de l'angle inférieur.

Cinq heures après l'opération, le malade avait recouvré la connaissance et le mouvement ; quatorze heures après, l'intelligence complète, mais le patient restait *aphasique*. L'aphasie disparut deux heures après le pansement qui fut fait le surlendemain.

Cette intéressante observation prouve que l'on peut diagnostiquer la compression par hémorrhagie, en tenant compte de la rapidité du développement de la paralysie ; que la compression peut suffire à arrêter l'hémorrhagie de la méningée, et que ce tamponnement est, à lui seul, capable d'entretenir certains accidents de compression, puisqu'il a suffi d'enlever le tampon pour faire cesser l'aphasie.

VI.

Un rapport de M. LEROY DE MÉRICOURT sur un mémoire du Dr COMMENGE concernant la *prophylaxie de la syphilis et de la prostitution* nous fournit l'occasion de dire quelques mots d'une des questions les plus mal posées qui existent en hygiène. La statistique, toujours complaisante, donne à chacun la solution qu'il désire.

La thèse de M. Commenge n'est pas neuve, et sa conclusion brute est une vérité de M. de la Palisse : la syphilis est beaucoup plus commune chez les filles insoumises que chez les filles en carte. Voici d'ailleurs les chiffres exacts :

Sur 16,747 femmes reconnues malades en dix ans, il y avait :

2,003 femmes en carte ;
2,779 femmes en maison ;
3,282 femmes soumises irrégulières ;
8,683 filles insoumises.

Que ces chiffres démontrent avec précision le danger de la prostitution clandestine, nul n'y contredira, surtout si l'on ajoute que le chiffre des insoumises n'est pas évalué au-dessus de 27,000. Je ne parle, bien entendu, que de celles qui ont été examinées, car on ne possède aucune statistique approximative du nombre des maladies contagieuses qui ne sont jamais constatées chez les filles libres. Doit-on conclure, comme M. Commenge, que ce que l'on fait est excellent, et qu'il n'y a qu'à redoubler de sévérité dans l'application des règlements de police? Le rapporteur conclut dans le même sens : ont-ils raison tous les deux?

Répondre de sang-froid est assez difficile, parce qu'il est peu de questions où la passion et le parti pris jouent un aussi grand rôle. D'un côté, j'aperçois les ennemis jurés de la préfecture, aux yeux desquels je ne sais quelle liberté malsaine l'emporte sur la morale, tandis qu'à l'opposé, je vois de bonnes âmes, des philanthropes sensibles, gémissant de la *traite des blanches*, outrées de la protection de la police, laquelle se tournerait en persécution. Partis de points opposés, les deux camps arrivent à la même conclusion ; d'instinct, les médecins sont, nous le voyons une fois de plus, pour la protection et la surveillance rigoureuse. On discutera indéfiniment, sans s'entendre, parce que, dans la question, il y a deux questions absolument distinctes : 1° la recherche, l'isolement et le traitement des filles malades ; 2° la liberté de la

prostitution : quelques mots seulement sur les deux points.

1° Ici, nous sommes entièrement de l'avis de l'administration : il ne faut pas s'arrêter à cet argument rebattu des erreurs, de ces fâcheuses et encore trop fréquentes méprises, qui ont eu pour résultat l'arrestation de femmes honorables. Qu'on fasse l'impossible pour éviter ces mécomptes ; mais, supprimera-t-on les tribunaux, sous le prétexte que, de temps en temps, il se commet des erreurs judiciaires autrement graves ? Insensé serait celui qui répondrait oui. Toutefois, pour sévir sur les insoumises, il est, tout d'abord, nécessaire que la prostitution, par elle-même, soit reconnue comme un délit, et cela n'est pas admis en réalité, la provocation étant seule atteinte par la loi. De cette situation anormale, il résulte que les mesures de police ne sont pas tout à fait légales.

2° Voici donc où est la grande difficulté : il faudrait déclarer que la prostitution est un délit. Mais comment accorder cela avec la liberté du trottoir, avec l'existence reconnue et protégée des maisons publiques ? Ne craignons pas d'aborder la question de front.

La solution fournie par la morale n'est pas douteuse : la mise en carte, la circulation sur le trottoir, l'ouverture et le commerce protégé des maisons de débauche sont les plus énergiques moyens de multiplier le vice et d'accroître le nombre des prostituées, en proportion de l'accroissement de leur clientèle. Je raisonne, ai-je besoin de le dire ? pour un peuple peut-être imaginaire qui jouirait d'une administration assez forte et indépendante pour traquer les prostituées, purger le trottoir, fermer les lupanars. Mais c'est ici que l'hygiène sanitaire, armée de la statistique, se dresse contre moi. Je n'en vais pas moins

démontrer que les raisons alléguées ne tiennent pas debout.

Pourquoi cette prostitution enrégimentée, surveillée, soumise à la visite périodique? La même réponse m'est toujours faite ; les insoumises donnent 32 0/0 de malades ; les filles en carte 15 0/0 ; les filles en maison 25 0/0.

Si quelque chose a le droit de m'étonner, c'est ce dernier chiffre, d'autant plus qu'on me dit que, dans les maisons, les visites sont plus fréquentes. Mais, en y regardant de près, on en découvre facilement la raison, et elle est simple ; les filles en maison ont une plus nombreuse clientèle, par conséquent sont plus exposées aux contagions. Il en résulte que si multipliées que soient les visites, elles ne retireront jamais les femmes infectées assez tôt de la circulation, pour qu'elles n'aient pas eu le temps de faire un bon nombre de victimes. Donc, les lupanars, que l'on force les plus petites villes de province à établir pour les garnisons, sont un foyer d'infection.

Je ne crois pas que l'on puisse sérieusement réfuter cela, pas plus que la conclusion qui en découle, à savoir que la prostitution fera d'autant plus de victimes, dans sa clientèle masculine, qu'elle sera plus ouverte, plus accessible à tous; car il est de toute évidence que, si les femmes ont des occasions plus nombreuses d'être contagionnées, à leur tour, elles contagionneront davantage. Mais il en résulte également que c'est l'inverse qui est vrai pour les insoumises. Si, en effet, elles sont malades dans une proportion tant soit peu plus forte (différence de 32 à 25), c'est parce qu'elles ne sont visitées que tout à fait accidentellement. Pour elles, au contraire, les occasions de contagionner le client sont infiniment moins nombreuses, de telle sorte que l'on ne saurait affirmer si

la plus forte proportion de malades qu'elles présentent n'est pas compensée par le moins grand nombre de clients. Il se peut donc qu'elles fassent moins de victimes parmi le sexe masculin, et c'est ma conviction absolue. Juger la question comme on le fait généralement, est une naïveté, car elle est infiniment plus compliquée.

Il est temps de terminer cette trop longue discussion. En résumé, si l'on croit devoir conserver l'inscription, la visite et les lupanars, il convient d'être encore plus rigoureux, surtout pour les maisons qui sont des foyers de réception et de propagation, mais sans se flatter d'arriver jamais au but. La solution vraie, cependant, n'est pas là.

Il n'est pas démontré, quoi qu'on dise, que la prostitution clandestine fasse plus de victimes, et elle en ferait beaucoup moins, si elle était encore plus clandestine, c'est-à-dire si, les lupanars étant fermés et le trottoir balayé, la prostitution était poursuivie comme un délit. Alors vous arrêteriez toute femme se livrant à la prostitution ; elle serait visitée, soignée, en cas de maladie. Je ne sais pas s'il y aurait moins de femmes malades, mais ce dont je suis certain, c'est qu'il y aurait beaucoup moins d'hommes malades, pour cette seule raison que la débauche diminuerait avec les occasions de s'y livrer. C'est ainsi que la morale, à l'encontre des préjugés, fournit le seul moyen, sans doute, d'atténuer la syphilis : défense et poursuite de la prostitution ; suppression de l'inscription ; visite médicale réservée aux femmes prises en flagrant délit de prostitution, lesquelles alors seraient soignées à l'hôpital, puis relâchées après guérison, avec peines édictées contre les récidives.

Tout cela est un rêve, ami lecteur, et je ne suis pas assez naïf pour penser que l'on voudra jamais, en France,

exécuter une réforme aussi radicale dans nos mœurs, ou plutôt dans notre immoralité. On se bornera aux expédients que l'on sait, et le nombre des malheureux syphilitiques continuera à s'accroître sans cesse.

Dr PIEDVACHE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

CANALISATION SÉPARÉE DE L'EAU DE SOURCE ET DE L'EAU DE SEINE. — FILTRATION DE L'EAU DE SEINE. — CYANOSE CONGÉNITALE SANS SIGNES D'AUSCULTATION. — FIÈVRE TYPHOIDE SANS LÉSION INTESTINALE; SEPTICÉMIE TYPHOÏDE. — LA RUBÉOLE.

I

M. VAILLARD, au nom d'une Commission, présente un rapport sur les eaux de Paris; ce rapport a été lu dans la séance du 7 mars, et ses conclusions n'ont été discutées que dans la séance du 28 mars.

Les observations de MM. CHANTEMESSE, WIDAL et BROUARDEL, etc., ont démontré la fréquence considérablement accrue de la fièvre typhoïde dans les quartiers où l'eau de Seine est distribuée à la place des eaux de source insuffisantes. On avait donc proposé de faire une double canalisation, dans les maisons et la capitale, permettant de donner en même temps, l'eau de source pour les usages alimentaires et l'eau de Seine pour le reste. Il est établi que cette organisation nouvelle entraînerait une dépense considérable et plusieurs années de travaux; les sources nouvellement acquises par la ville de Paris seront amenées dans la capitale plus rapidement et à meilleur marché,

et amèneront très probablement la quantité d'eau nécessaire.

La Commission a examiné ensuite l'emploi de bassins de sable pour filtrer et purifier l'eau de Seine, filtres analogues à ceux qui fonctionnent déjà à Berlin, Zurich, Varsovie, Hambourg, Calcutta, etc.

Les chiffres suivants montrent les avantages de ces filtres.

Nombre de germes contenus dans un centimètre cube d'eau de la Sprée :

	Avant la filtration			*Après la filtration*		
	Maximum	Moyenne	Minim.	Maxim.	Moy.	Min.
3e trim. 1884....	9.200	3.634	1.120	200	71	26
4e — 1885....	9.000	4.660	1.204	220	72	20
	Filtration des eaux du lac de Zurich.					
1er trim. 1887....	473	175	76	28	18	9
2e — —	227	128	84	23	13	5
3e — —	476	224	115	20	12	4
4e — —	766	396	115	57	31	12

Voici les conclusions de la Commission adoptées dans une séance ultérieure après une courte délibération.

1° L'eau de source offre *seule* les garanties de pureté désirables et assurera *seule* la sécurité complète contre les dangers connus de la transmission du germe typhique par les eaux potables ; il est impérieusement urgent de la substituer partout, pour les usages alimentaires, à l'eau de Seine dont la nocuité est établie.

2° En raison de l'adduction assurée et très prochaine des sources de la Vigne et de Verneuil, l'établissement obligatoire d'une double distribution d'eau de source et de Seine dans toutes les habitations privées ne présente

aujourd'hui aucun avantage réel; il obligerait à des travaux plus longs et à des dépenses plus onéreuses que l'amenée des sources nouvelles sans conférer des bénéfices suffisamment certains pour la santé publique.

3° Lorsque les eaux de source viennent à faire temporairement défaut, il est dangereux de recourir aux errements actuels qui consistent à distribuer de l'eau de Seine *intégrale*; agir ainsi, c'est disséminer volontairement la cause même de la fièvre typhoïde.

4° L'insuffisance des eaux de source et par suite la nécessité d'y suppléer par l'eau de Seine devant être toujours prévue, il y a lieu aussi de prévoir dès aujourd'hui les moyens propres à épurer l'eau du fleuve, à la débarrasser, dans la mesure permise, des germes pathogènes qu'elle transporte.

5° La possibilité d'une interruption totale et prolongée des conduites d'eau de source en cas de siège ou d'investissement de la capitale, la certitude des dangers qui ressortiraient alors pour la population civile et militaire de la consommation exclusive de l'eau du fleuve, imposent d'une manière plus pressante encore la mise en pratique de l'épuration préalable.

6° La filtration au moyen des bassins de sable, utilisée déjà par plusieurs grandes villes, pourra très utilement servir à purifier l'eau de Seine et de rivière.

7° Les filtres à bassins de sable ne sont pas des filtres parfaits, donnant de l'eau bactériologiquement pure; mais ils réduisent le nombre des microbes véhiculés par l'eau dans des proportions considérables et suffisantes pour écarter ou diminuer les dangers que comportera toujours la distribution de l'eau de Seine intégrale.

II

M. Variot publie l'observation d'une enfant de 5 ans 1/2, présentant tous les signes de la cyanose congénitale : teint cyanique des téguments et des muqueuses, spatulation des doigts et des orteils ; crises de suffocation. La percussion démontrait une légère augmentation de la matité cardiaque, mais il n'existait aucun signe à l'auscultation ; l'autopsie a démontré que l'artère pulmonaire était considérablement rétrécie et s'abouchait dans le cœur par un orifice n'ayant que 8 millimètres de circonférence ; il n'y avait pas trace de canal artériel ; la cloison interventriculaire présentait une grande perte de substance immédiatement au-dessous de l'orifice de l'aorte ; le trou de Botal laissait passer une sonde, cependant la disposition des valves qui le fermaient devaient être fortement accolées pendant la vie et empêcher le passage du sang.

III

MM. Vaillard et Vincent, du Val-de-Grâce, rapportent l'observation d'un soldat mort d'accidents méningitiques, ressemblant si peu à la fièvre typhoïde que le médecin traitant du Val-de-Grâce, avait diagnostiqué une grippe avec méningite ; l'autopsie, du reste, mentionnait l'intégrité absolue de l'intestin ; mais ces messieurs ont trouvé par l'examen bactériologique, le microbe d'Eberth, ils se croient donc suffisamment certains que le malade est mort d'infection typhique.

Voici d'abord l'observation :

X..., jeune soldat, est d'abord atteint d'une grippe légère qui nécessite à peine quelques jours d'indisponibilité. Cinq jours

après avoir repris son service, il présente des accidents nouveaux et plus sérieux, tels que céphalée intense, douleurs lombaires très vives, excitation cérébrale sans délire, air hagard, fixité du regard, fièvre vive (température au-dessus de 40 degrés) qui motivent l'entrée d'urgence à l'hôpital (19 janvier). Cet état persiste les jours suivants sans modification appréciable et sans autre particularité à noter qu'une épistaxis extrêmement abondante survenue le 21.

Le 25 janvier, l'état s'aggrave et le malade tombe dans le coma vigil avec insensibilité complète. Il existe, en outre, de la contracture des muscles de la nuque et du pharynx. La constipation est absolue.

Sous l'influence de la médication employée (sangsues aux apophyses mastoïdes, glace sur la tête, lavements purgatifs, injections sous-cutanées de chlorhydrate de quinine), une légère amélioration se produit le 26. La fièvre cède; le malade sort de sa torpeur et reconnaît ceux qui l'entourent.

Mais, le 27, la fièvre se rallume, moins intense toutefois qu'au début des accidents (38°, 5); le délire reprend bientôt, suivi du coma. La vessie, paralysée, est distendue par l'urine; celle-ci n'est pas albumineuse. La constipation résiste à tous les moyens employés pour la combattre. Pas de taches rosées.

Le lendemain, la fièvre reste au même degré; mais les troubles nerveux se prononcent : coma complet, raideur de la nuque, immobilité de la langue, contracture du pharynx, rire sardonique. Le pouls est filiforme. L'urine, extraite de la vessie, ne contient pas d'albumine.

La mort survient ce même jour, 28 janvier.

Autopsie. — Les méninges cérébrales et spinales sont le siège d'une vive congestion. Sur la surface convexe du cerveau, les veines sont turgides et, à leur pourtour, la séreuse est infiltrée par un exsudat séreux modérément abondant. Les méninges ne présentent aucune altération à la base, aucune apparence de granulations tuberculeuses.

Les poumons sont légèrement congestionnés sans autre lésion appréciable.

Le foie est d'apparence normale. Mais la rate est très augmentée de volume (480 gr.), et de consistance mollasse.

L'intestin ne présente aucune altération.

En faveur de la nature typhoïdique de cette maladie les auteurs font remarquer que le régiment auquel appartenait ce soldat ne présentait aucun typhique avant lui et que depuis sept malades, atteints de fièvre typhoïde dûment caractérisée, sont entrés à l'hôpital.

M. Netter rappelle que plusieurs auteurs, Trousseau entre autres, ont admis la possibilité de la fièvre typhoïde sans lésion des plaques de Peyer, comme on peut observer des rougeoles ou des scarlatines sans éruptions. Il cite cinq observations de méningite que l'on pourrait rapprocher de la précédente dans lesquelles il a trouvé un bacille ne différant de celui de Eberth-Gaffky que par la façon dont il se développe sur la pomme de terre.... L'analogie entre les deux microbes est bien grande : les bacilles de ces méningites sont mobiles. Ils se décolorent par la méthode de Gram. Ils forment sur la gélatine des colonies festonnées, sinueuses, à reflet nacré. Inoculés dans le péritoine de souris, ils amènent la mort de l'animal, dont les plaques de Peyer sont alors tuméfiées. Inoculés à petites doses, ils confèrent une immunité temporaire, comme font les cultures du bacille typhique.

La colonie développée à la surface de la pomme de terre est un peu saillante et de coloration brunâtre. C'est, nous le répétons, le seul caractère distinctif que nous ayons pu relever.

Ainsi voilà deux microbes qui ont le même aspect, qui, par l'inoculation, produisent absolument les mêmes effets et cependant ils sont différents puisqu'ils se comportent

différemment lorsqu'on s'en sert pour colorer les pommes de terre.

M. Netter nous paraît être un tenant de la spécificité des microbes, ce qui n'est peut-être pas bien en rapport avec les faits qui démontrent que le même microbe peut produire des lésions différentes, tandis qu'une même lésion peut être produite par des microbes différents.

A la suite de cette communication, MM. CHANTEMESSE et WIDAL sont venus à la rescousse : ils comparent l'observation de MM. Vaillard et Vincent aux suites des inoculations du bacille typhique aux animaux. « Le bacille d'Eberth fraîchement retiré du corps humain témoigne sa virulence chez certains animaux. En l'inoculant, ce n'est pas l'image fidèle de la fièvre typhoïde de l'homme que l'on produit, mais une septicémie capable peut-être d'être atténuée dans une certaine mesure. La septicémie typhoïde de nos animaux, nous la retrouvons chez le malade de MM. Vaillard et Vincent. »

Cela prouverait simplement, à notre avis, que le bacille d'Eberth produirait tantôt la fièvre typhoïde, tantôt une septicémie particulière, ce qui est contraire à la doctrine de la spécificité.

A propos de l'absence des lésions intestinales ils rapportent : 1° des autopsies de fœtus, provenant d'avortement chez des typhiques, et chez lesquels ils ont rencontré le bacille typhique dans la rate, le foie, le sang du cœur, quoique les intestins ne présentassent aucune lésion; 2° l'observation d'un malade mort d'une fièvre typhoïde absolument typique et chez lequel on ne rencontre qu'une ulcération de la largeur d'une lentille au niveau de la valvule iléo-cæcale.

« En résumé, si l'infection typhique de l'homme se

manifeste presque toujours par des lésions intestinales, il semble que l'invasion bacillaire puisse, par exception, ne déterminer aucune altération appréciable de l'intestin. L'expérimentation nous a déjà appris que l'injection du bacille de la tuberculose dans le sang pouvait déterminer une infection générale, sans produire de tubercules visibles à l'œil nu. Nous avons démontré ailleurs que le streptococcus pyogènes, qui d'ordinaire fait du pus, pouvait ne produire qu'une septicémie. »

Nous avons rapporté toute cette conclusion de MM. Chantemesse et Widal, parce qu'elle est complètement en contradiction avec la doctrine de la spécificité du microbe.

IV

Notre ancien collègue Juhel-Renoy a lu un mémoire (séance du 14 mars), sur cinq malades qu'il a observés et chez lesquels il a diagnostiqué la rubéole. Voici les trois dernières observations qui ont eu lieu dans la même famille.

Le 2 mars 1890, je suis mandé chez ma cliente, Mme de C..., pour voir sa fille aînée Germaine, qui est « toute rouge ». Jeune fille de 14 ans, que je trouve levée, ne se plaignant que d'un peu de picotement et de démangeaison. Yeux injectés, larmoyants, face couverte d'une éruption rubéolique. Je pense à une récidive tout d'abord de rougeole, car j'ai soigné il y a quatre ans, cette enfant pour ce motif. Mlle de C..., est mise au lit et je constate sur le reste du corps, tronc, dos, bras, jambes, une éruption papuleuse semblable à celle de la face, très confluente et en certains points se présentant sous l'aspect de vastes plaques érythémateuses d'apparence scarlatineuse. A part l'injection conjonctivale, toutes les muqueuses sont saines. Température 37°,4. Les prodromes ont consisté en un peu de malaise la nuit, et un manque d'appétit hier au soir. J'explore les ganglions du cou et

constate une tuméfaction très intense; ceux de la nuque se voient à l'œil nu, tandis que les ganglions jugulaires sous-maxillaires, très nettement tuméfiés, demandent à être recherchés. Dans l'aisselle droite et les régions inguinales, gros ganglions. Je porte de suite le diagnostic de rubéole et je demande l'isolement de l'enfant, car trois autres sœurs sont en train de jouer avec la malade lors de ma visite.

Le 3 mars, les ganglions sont plus douloureux et plus gros, l'éruption pâlit à la face, les démangeaisons se calment et à la loupe une petite desquamation pityriasique apparaît.

Le 5 mars, l'enfant préalablement onctionnée de vaseline boriquée est baignée, frictionnée à l'alcool, et le 6 mars elle est guérie, les ganglions cervicaux restent seuls douloureux ainsi que le ganglion axillaire droit, et au moment même de la rédaction de cette observation (20 mars), on les sent encore.

Le 14 mars, je suis rappelé chez Mme de C... pour voir sa seconde fille Christine, qui, à son tour, est atteinte de rubéole, mais d'une façon atténuée. L'enfant a eu la rougeole il y a sept ans, et la scarlatine il y a cinq ans. Eruption généralisée, mais sortant mal, aucun catarrhe ni angine. Température 38°,1. Céphalée assez vive.

Eruption de type rubéolique, chaîne ganglionnaire cervicale légère, mais évidente, intégrité de tous les appareils.

Le 17, la peau est normale, la desquamation impossible à constater. L'enfant est baignée. Le 20 mars, les ganglions sont le seul indice de la maladie dont vient d'être atteinte l'enfant.

Le 17, la troisième enfant, Jacqueline, est également atteinte. Éruption très discrète, aucun catarrhe des muqueuses, un vomissement la veille, et un peu d'agitation nocturne. Température 37,8. Éruption plus faible encore que celle de la précédente, petite chaîne ganglionnaire sus-claviculaire, disparition de tous les phénomènes. Le 20 mars, l'enfant est levée, baignée.

Le 18, la dernière fillette, Marie-Thérèse, est prise aussi, c'est la plus intéressante au point de vue de l'incubation, car elle n'a eu aucun rapport avec d'autres personnes que ses sœurs, qui, toutes trois, fréquentent l'école Monceau.

Enfant de deux ans et demi couverte d'une belle éruption de

papules petites, un peu saillantes, laissant très manifestement des intervalles de peau saine entre elles : aucun catarrhe des muqueuses. Température 37,6, appétit conservé, gaieté parfaite. Quelques petits ganglions sur les parties latérales du cou.

Il est de toute évidence, pour cette dernière enfant, que la contagion s'est effectuée par l'intermédiaire de ses sœurs. Or, l'aînée a été prise le 2 mars et la petite Marie le 18, un intervalle de quinze jours s'est donc écoulé, comme d'autre part les deux autres ont été atteintes à des délais plus rapprochés (4 jours, 2 jours), il est permis de soupçonner que, dès le début, Marie de C... a été contagionnée par sa sœur Germaine et qu'ainsi l'incubation probable de la rubéole peut être fixée à quinze jours.

En somme, voici la description donnée par Juhel-Renoy : *prodromes* courts ou nuls, fièvre légère, céphalée, vomissements, *invasion* brusque, l'éruption se fait en un jour ou deux et disparaît en trois ou cinq ; les démangeaisons assez fréquentes, la *desquamation* faible. On observe ordinairement le gonflement des glandes sub-auriculaires et jugulaires.

A une séance ultérieure (28 mars), notre ancien collègue et ami Chantemesse vient apporter une observation qu'il intitule aussi rubéole et qui présente quelques différences avec les précédentes : d'abord, l'éruption n'apparaît que le sixième jour après une légère angine, un coryza intense de larmoiement, des douleurs rénales, un peu de fièvre et de la diarrhée. L'éruption, analogue à celle de la rougeole, persiste pendant cinq jours et s'accompagne d'un côté de douleurs des jointures analogues à celles de la scarlatine et de toux avec crachats numulaires comme on en observe dans la rougeole. Cette observation nous paraîtrait en faveur d'une opinion que nous ne partageons pas, mais qui a été défendue par des auteurs sérieux, que la rubéole serait une maladie hybride ; dans le cas actuel,

éruption, coryza, larmoiement, toux, crachats, rappellent la rougeole; angine, gonflement ganglionnaire du cou, douleurs des jointures, rappellent la scarlatine.

A la suite de cette communication, notre ancien collègue et ami TALAMON parle sur la roséole et la rubéole et dans la description qu'il fait de l'éruption, nous recueillons le passage suivant, parce que c'est ainsi que nous avons nous-même observé dernièrement cette éruption, et que d'après cette description, l'éruption semble différer de celle qui a été décrite par Juhel-Renoy et Chantemesse :

L'éruption de la *rubéole* est toute différente. Elle apparaît d'abord à la face, sous forme de petites taches rouges, morbilliformes; puis rapidement, dès les vingt-quatre premières heures, elle s'étend à tout le corps, tronc et membres, où elle s'étale en placards érythémateux.

Contrairement à l'éruption roséolique uniquement formée de macules arrondies, celle de la rubéole est *polymorphe* et *papuleuse*. A la face, sur le cou, sur les épaules, les papules peuvent rester isolées, tout en se rapprochant plus ou moins; elles sont légèrement saillantes et présentent des bords irréguliers. Sur le tronc, et en particulier, sur le dos et les reins, on observe une rougeur diffuse, écarlate, foncée. Sur les membres, l'exanthème est formé de grands placards, semblables aux placards de la rougeole confluente, d'une rougeur sombre au centre, qui va en diminuant vers la périphérie, habituellement saillants et à bords irréguliers, serpigineux, déchiquetés. L'éruption s'accompagne de démangeaisons et d'une sensation de cuisson plus ou moins vive, qui s'observent d'ailleurs aussi dans la roséole.

L'exanthème, beaucoup plus tenace que celui de la

rougeole et de la roséole, persiste quatre à cinq jours, puis pâlit et s'efface, suivi d'une légère desquamation furfuracée.

Voici maintenant un résumé de notre observation :

Henri de G..., 8 ans et demi, ayant eu la rougeole il y a trois ans, est pris le samedi 5 avril au soir de malaises avec fièvre, mal de gorge, coryza, yeux larmoyants.

Le dimanche, le visage présentait quelques petites papules très discrètes; les ganglions du cou étaient gonflés.

Le lundi, 3e jour, l'éruption se montrait, mais différait beaucoup suivant les places où on l'observait; à la figure et sur le tronc, l'éruption était tout à fait analogue à la rougeole, mais sur les membres, du côté de l'extension principalement, l'éruption était formée de larges papules arrondies, confluentes au point de se terminer par une ligne festonnée un peu saillante, leur couleur était rouge foncé, presque violet.

Le mardi, 4e jour, l'éruption était encore plus intense, quelques douleurs articulaires dans les chevilles, les coudes et les poignets.

Les jours suivants, l'éruption va en pâlissant, tous les symptômes s'amendent.

Le vendredi, 7e jour, nouvelle poussée sur le tronc ressemblant à la rougeole.

Convalescence pendant laquelle il y a eu une desquamation furfuracée du tronc et de la face et une desquamation par grandes plaques sur les membres; et en particulier aux mains et aux pieds, desquamation très analogue à celle de la scarlatine.

Comme conclusion, la rubéole est encore à l'étude.

Dr Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS

HYDRASTIS CANADENSIS

Par Aug. Korndœrfer, M. D. Philadelphia (1).

« Les symptômes les plus caractéristiques de l'hydrastis affectent les muqueuses; affections catarrhales de l'arbre respiratoire tout entier, ophthalmie, otorrhée, catarrhe de l'estomac, de l'intestin, de la vessie, de l'urèthre, de l'utérus, du vagin. Les sécrétions sont d'abord claires, plus ou moins irritantes, mais deviennent ensuite épaisses, filantes et finissent par prendre assez rapidement un caractère muco-purulent. Les muqueuses des orifices naturels sont aussi atteintes par l'hydrastis; c'est ainsi que l'on observe l'inflammation des paupières associée à la blépharite, la sécheresse et l'excoriation des narines, les aphthes et le cancer épithélial des lèvres, les fissures et les excoriations de la marge de l'anus, le prurit de la vulve.... L'ophtalmie de l'hydrastis se caractérise ordinairement par une abondante sécrétion des larmes avec cuisson et brûlure des paupières; néanmoins son action bienfaisante se manifeste aussi quelquefois dans la conjonctivite sèche. Les ulcérations de la conjonctive et des paupières sont aussi une indication.

L'ouïe peut être défectueuse par suite de catarrhe : la membrane du tympan est rouge et saillante; on peut même rencontrer sa perforation : granulations, érosions de la muqueuse de l'oreille moyenne, quelquefois des polypes; otorrhée avec écoulement épais, irritant, muco-purulent; lobes de l'oreille rouges, épais, recouverts de

(1) Lu devant la Société Hahnemannienne de Philadelphie; *in the Hannemannian Monthly*, novembre 1889.

squames, la peau derrière les oreilles rouge, épaissie, fendillée au niveau de la jonction avec la peau de la tête.

Le coryza est fluent, accompagné d'éternuements, de brûlure des narines et de céphalalgie : il existe alors aussi quelquefois de la rudesse et de la sensibilité de la gorge et de la poitrine comme dans l'influenza; plus tard, l'écoulement devient épais, visqueux, muco-purulent; nous avons aussi observé le nez complètement obstrué avec des mucosités épaisses, filantes, jaunes : ou bien le mucus tombe dans l'arrière-gorge; les cartilages du nez sont quelquefois rouges, saignants au toucher, quelques épistaxis.

Le catarrhe gastro-duodénal, celui des voies biliaires, la jaunisse souvent sont justiciables du médicament. La grande faiblesse, les vomissements glaireux, la défaillance au creux de l'estomac avec constipation, indigestion facile précisent ces indications. Dans quelques cas suspects de cancer de l'estomac, avec grande émaciation et vomissements de tous les ingesta, même le lait et l'eau, hydrastis a donné de bons résultats.

La langue peut être sèche et brûlante ; ou bien large, flasque, gardant l'empreinte des dents, semblable en tous points à ce que l'on remarque dans l'empoisonnement mercuriel ou mercurio-syphilitique, cas dans lesquels le médicament est d'ailleurs très bienfaisant. On trouve aussi quelquefois la langue rouge, avec papilles saillantes et très sensible. Quelques lésions qui paraissaient de nature cancéreuse ont été améliorées par l'hydrastis ;

Rougeur, sensibilité, ulcérations du pharynx rendant l'haleine fétide.

Les céphalalgies de l'hydrastis sont considérées comme d'origine catarrhale et surviennent le plus souvent à la suite d'un froid : douleurs passagères lancinantes, siégeant dans les tempes et au-dessus des yeux, soulagées par la

pression. D'autres peuvent avoir une origine gastrique ou hépatique; elles occupent le front et sont plutôt sourdes; la peau est très sensible.

Les affections du larynx et des bronches, avec les mucosités filantes caractéristiques sont très fréquentes. Le catarrhe des vieillards est bien indiqué par la grande faiblesse, la perte de l'appétit et l'apparence de cachexie. La toux est bruyante, sèche, déchirante ; les crachats jaunâtres, épais, filants et nombreux.

Les palpitations douloureuses que l'on peut observer relèvent des troubles de l'estomac ; les douleurs qui s'étendent du côté gauche du thorax de la région précordiale à l'omoplate dépendent probablement du nerf phrénique gauche (?).

Le catarrhe de la vessie se distingue par un pus épais et filant ; les urines sont très colorées et irritantes. L'uréthrite présente aussi le même pus épais et visqueux.

Du côté de l'utérus on rencontre les ulcérations et les indurations avec écoulement épais, filant, irritant et même purulent; ulcères fongueux; leucorrhée épaisse, visqueuse, jaunâtre et très tenace. Douleurs et élancements au bas du dos.

L'action de l'hydrastis sur la peau et sur les tissus sous-cutanés est surtout remarquable dans les affections atoniques, et en particulier dans les ulcères indolents de la cuisse si communs chez les scrofuleux et chez les vieillards âgés de la classe indigente. Les douleurs brûlantes, lancinantes, aggravées la nuit, par la marche et par le toucher, sont de bonnes indications.

Dans les fièvres intermittentes, typhoïdes, hectiques, la grande débilité et les symptômes du côté de l'estomac et du foie doivent servir de guides. Quand la convalescence de la fièvre typhoïde traîne, il ne faut pas oublier l'hydrastis : l'appétit tarde à revenir, le malade refuse tou

nourriture; la langue est large, flasque, chargée, conserve l'empreinte des dents; la constipation est très marquée, les urines épaisses, les sueurs abondantes, le sommeil très léger.

Les névralgies diverses dues à l'hydrastis sont le plus souvent lancinantes, piquantes, aiguës, bien que l'on rencontre aussi des douleurs musculaires profondes.

Le défaut de vitalité générale se manifeste encore sur la peau par les excoriations, l'intertrigo, les rougeurs érysipélateuses, les ulcères indolents chroniques; les désordres gastriques engendrent l'urticaire, les hépatiques. la jaunisse; la teinte cachectique jaunâtre des malades soupçonnés de cancer est très prononcée.

« Les symptômes moraux sont peu nombreux, mais ils méritent d'être mentionnés. Il existe un abattement intellectuel que le malade cherche à vaincre. On note aussi des absences très prononcées : au milieu de la conversation la pensée fait défaut; le sujet de conversation vous échappe; vous semblez même oublier que vous parliez. L'hydrastis est surtout bienfaisant lorsque ce symptôme se rencontre chez des gens surmenés de corps et d'esprit. Dans ces cas, le sulfate d'hydrastine aux basses dilutions semble mieux agir que les dilutions faites avec la teinture d'hydrastis. »

CURES HAHNEMANNIENNES.

1° M. B..., 55 ans, a eu une fièvre typhoïde il y a vingt-neuf ans en 1856; depuis lors, il a envie d'aller à la garde-robe toutes les fois qu'il se couche sur le côté gauche; continue-t-il à rester sur le côté, une selle s'ensuit. Il y a quelques semaines, il a pris froid et il lui reste une toux sèche, intermittente, plus marquée quand il se couche sur le dos, améliorée quand il se couche sur le côté droit. Sueurs à la tête. Grande faiblesse. Prenant pour guide le

symptôme le plus saillant, « l'aggravation de la diarrhée en se couchant sur le côté gauche », le Dr Berridge eut à choisir entre *arnica* et *phosphorus*. Il se décide pour ce dernier auquel correspondaient tous les symptômes présentés par le malade, les sueurs à la tête, la faiblesse, la toux sèche, intermittente, sauf cependant l'amélioration en se couchant sur le côté droit, tandis qu'arnica n'offrait que la sécheresse et l'intermittence de la toux.

Ce malade se présentait le 15 avril 1885; le 29 avril suivant, après avoir pris *phosphorus* pendant huit jours, environ toutes les quatre heures, il ne toussait plus; la faiblesse était bien moindre; il pouvait se coucher et même dormir sur le côté gauche sans que le besoin d'aller à la garde-robe ne se fît sentir.

En février 1886, puis en mars 1889, il fut de nouveau souffrant et chaque fois le besoin d'aller à la selle se produisait quand il se couchait sur le côté gauche. Phosphorus donna encore une prompte guérison.

2° La seconde observation est non moins intéressante. M. W...., âgé de 65 ans, après avoir été exposé au froid fut pris de jaunisse en avril 1881. Il suivit plusieurs traitements homœopathiques d'abord, allopathiques ensuite. Au mois de novembre 1881 de nouveaux symptômes vinrent se joindre à la jaunisse : des secousses involontaires des pieds, plus marquées à droite et qui troublaient le sommeil ; puis des soubresauts de la cuisse droite ; les ganglions de l'aine devinrent gonflés et douloureux ; dans la suite survint un mouvement de rotation de tout le corps, plus marqué pendant le sommeil. Le médecin allopathe qui le soignait, déclara que cet état se terminerait par la paralysie.

Au mois de mars 1882, le 12, le Dr Berridge vit ce malade pour la première fois. Son état s'était encore aggravé : secousses de côté de tout le corps surtout pendant

le sommeil, se produisant cependant quelquefois s'il est assis. Il jette la jambe droite dans tous les sens, et de côté principalement; le même fait se produit quelquefois dans la jambe gauche. Si le malade se tient debout tout cesse. Tous ces mouvements convulsifs sont plus accentués la nuit, que le malade soit assis ou couché. Ils commencent en général pendant le sommeil. Les soubresauts de la cuisse sont soulagés en frictionnant la colonne vertébrale ou en tirant sur le membre. Il existe un point très sensible au milieu des vertèbres dorsales.

Le Dr Berridge eut à fixer son choix entre *arsenic*, *merc. con.*, *stramon.*, *thuya*, *naja*, *cicuta*, *tarentula*, *natrum carb.* Il s'arrêta à *cicuta* dont la pathogénésie offre les symptômes suivants : « soubresauts fréquents et involontaires des membres inférieurs ». — « Ses membres inférieurs sont jetés çà et là ». — Il lançait ses jambes tantôt d'un côté tantôt d'un autre. » — « Convulsions spasmodiques des membres inférieurs jetant le malade à une distance de deux pieds. »

Cicuta virosa fut administré depuis le 12 mars jusqu'au 9 avril. Dès le premier jour, il se produisit une très grande amélioration. Le 24 mars, tout phénomène pathologique avait disparu; si le médicament fut continué c'était pour prévenir un retour possible qui ne se produisit d'ailleurs pas.

Le Dr Berridge fait suivre ces observations de fort judicieuses réflexions insistant sur la nécessité de l'étude appprofondie de la matière médicale pour arriver au choix du médicament le plus semblable; et il se demanda comment les médecins qui prétendent guérir en s'attaquant à *la cause de la maladie* auraient pu agir en ces circonstances, sur quelles lésions ils auraient basé leur traitement. Il appelle aussi l'attention sur l'amélioration qui se produisait en se tenant debout dans le cas guéri par

cicuta. Il y a peut-être là une caractéristique du médicament (1).

DOLICHOS PRURIENS. — Observation par le D[r] FRANCK KRAJT, Sylvania, Ohio.

M[me] X..., fut atteinte brusquement par un prurit cutané des plus violents; en même temps la peau et les conjonctives devinrent jaune citron; l'appétit disparut; le sommeil et tout repos furent complètement perdus. Selles décolorées, urines noires; écoulement vaginal épais et brûlant. Vers le soir la gorge et la langue sont tellement desséchées que celle-ci s'attache au palais; les démangeaisons commencent la nuit par les pieds et les cuisses et gagnent ensuite tout le corps, mais au point de se mettre en sang; elles rendent d'abord la peau rouge, puis rouge foncé; viennent ensuite des brûlures, après, il n'en reste pas trace. Pas de lésion de la peau, pas un bouton sur le corps. Le ventre est ballonné, tendu par des gaz dont l'émission soulage. La malade ne peut supporter de vêtement qui lui serre le cou ou le ventre.

Cet état durait depuis plusieurs semaines déjà quand la malade s'adressa au D[r] Kraft. Il prescrivit *dolichos pruriens*. Le lendemain M[me] X., vint radieuse lui annoncer que la nuit avait été bonne et qu'il y avait eu peu de démangeaisons. Les urines étaient meilleures, l'appétit plus marqué, le teint un peu moins jaune. La malade devait revenir si les démangeaisons reparaissaient, mais le D[r] Kraft ne l'a pas revue (2).

APOCYNUM CANNABICUM

Des expériences faites dernièrement par le D[r] Bradfort

(1) *The homœopathic World,* may and june, 1890.

(2) *North american Journal of Homœopathy* january 1890.

avec ce médicament, qu'il ne faut pas confondre avec le cannabis indica, il résulte qu'il aurait sur le cœur une action beaucoup plus marquée qu'on ne semble l'avoir cru jusqu'alors. Le Dr Hale, de Chicago, qui écrit à ce sujet dans le *Hahnemannian Monthly*, décembre 1889, le range à côté des grands médicaments du cœur, la digitale, l'adonis, etc.

Voici d'ailleurs les résultats notés par l'observation: administré à des chiens l'*apocynum* ralentit les bruits du cœur, au point que lorsque son action est au maximum le cœur ne bat plus que 2 fois à chaque respiration, ou 5 fois pour deux respirations; résultat que n'a jamais produit la digitale. En même temps les contractions sont plus énergiques. En général, le cœur s'arrête en diastole, mais par une dose forte donnée en une seule fois on peut observer l'arrêt en systole.

Son action sur les vaisseaux diffère de celui de la digitale; il ne produit pas de contraction des artères et n'élève pas la tension sanguine.

Les expériences cliniques sont peu nombreuses encore. On l'a employé dans les affections mitrales, insuffisance et rétrécissement. Le cœur fut ralenti, régularisé; les urines peu abondantes au début furent rapidement augmentées dès que l'action du cœur redevint plus normale.

Un effet qui se produisit chaque fois avant toute autre action, ce fut la diarrhée, abondante, aqueuse.

Ces indications sont encore peu nombreuses; elles méritent d'être prises en considération; il est à souhaiter surtout que l'expérimentation sur l'homme sain soit faite sérieusement, d'une manière approfondie; autrement, ce médicament tomberait, lui aussi, dans le vague qui entoure les médicaments cardiaques au fur et à mesure qu'on en découvre de plus nombreux.

HOPITAUX HOMŒOPATHIQUES ANGLAIS

L'*Homœopathic World*, dans ses numéros de mai et de juin, nous donne le compte rendu annuel de plusieurs hôpitaux et dispensaires homœopathiques. Nous sommes heureux de constater partout un accroissement notable dans le nombre des malades. Pour n'en donner qu'un seul exemple, voici le tableau comparatif des malades soignés à l'hôpital de Bath pendant les trois dernières années.

	Malades soignés à l'hôpital	Consultations	Visites à domicile
1887	46	2847	—
1888	67	3741	386
1889	85	5519	1205

Nouvelle et excellente preuve que l'homœopathie n'est pas morte. Au contraire!

Dr SOURICE.

VARIÉTÉS

LE CHOLÉRA.

D'après les rapports officiels, le choléra existe dans la province de Valence. A-t-il été importé, comme le prétendent certaines personnes, ou s'est-il développé spontanément ?

Le professeur Bouchard aurait émis l'opinion, que le choléra actuel devrait être attribué à certains bacilles, restés à l'état latent depuis la dernière épidémie. Toujours est-il que certaines épidémies locales, développées en France dans ces dernières années, tendraient à prouver que le choléra asiatique peut naître sans importation nouvelle.

L'histoire de ces dernières épidémies démontre aussi que le choléra a perdu, en grande partie, sa force d'expansion ; ainsi les trois premières épidémies qui ont sévi à

Paris, ont envahi peu à peu le reste de la France ; tandis que les dernières sont restées renfermées dans un petit rayon.

Nous comptons bien plus sur ce nouveau caractère du choléra asiatique pour nous préserver de l'envahissement à craindre du côté de l'Espagne, que sur *les cordons sanitaires.*

Les cordons sanitaires, sans un *lazaret* où les voyageurs seraient tenus en observation pendant au moins trois jours, sont complètement inutiles ; en effet, ce ne sont pas les malades qui prennent le chemin de fer, mais des voyageurs, en apparence bien portants, et chez lesquels la maladie peut éclater un ou plusieurs jours après leur départ.

Une observation cent fois répétée a démontré que c'était là le mode de propagation du choléra d'une ville à une autre. Que peuvent, dans ce cas, les cordons sanitaires et les médecins possèdent-ils un signe qui permette de reconnaître *le choléra en puissance.*

Espérons donc, que le choléra, dépourvu de la force d'expansion qu'il avait en arrivant en Europe, restera localisé à quelques provinces d'Espagne.

D[r] P. JOUSSET.

HOPITAL SAINT-JACQUES (Ruelle Volontaire à Vaugirard). — CONSULTATIONS GRATUITES. — *Médecine* : Tous les matins, dimanche compris, à 8 h. 1[2 ; en plus les mardis et samedis soir à 7 h. 1[2. — *Chirurgie*: Tous les jeudis matin à 8 h. 1[2. — *Maladies des yeux* : Mardis et samedis matin à 8 h. 1[2. — *Dentiste* : Mercredis matin à 8 h. 1[2.

Le Directeur-Gérant. P. JOUSSET.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3

L'ART MÉDICAL

AOUT 1890

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

(MARS, AVRIL, MAI).

Le Dr Frédault ayant été indisposé et ne pouvant faire son service, je l'ai remplacé pendant trois mois : Voici quelques-unes des observations recueillies par les internes ; je vais les rapporter avec quelques réflexions sur le traitement et le diagnostic.

OBSERVATION I.

Pseudo-méningite hystérique.

Mlle G..., 20 ans, femme de chambre, entre le 20 avril dans la petite salle, lit n° 3.

Cette jeune fille, d'une constitution robuste et d'une bonne santé habituelle, ne paraît pas avoir d'antécédents de maladies nerveuses dans sa famille ; elle a toujours été nerveuse et impressionnable.

Depuis deux jours, mal de tête, fièvre, anorexie, langue sale. A son entrée, céphalée intense, hyperesthésie abdominale du côté droit, constipation, hébétude, aspect typhoïde, subdélire. T. 38°4.

Le 21. Même aspect que la veille. T. 38°. Le soir, T. 40°. La malade est dans le décubitus dorsal, sans connaissance,

les réflexes n'existent pas, le réflexe pupillaire lui-même a disparu. *Belladona* 3°.

Le 22. Même état. T. m. 38°8. T. s. 39°4. La constipation persiste, l'aspect de la malade est toujours le même. La soudaineté du début, l'état du pouls qui est un peu fréquent mais très régulier, fait penser à la possibilité d'une pseudo-méningite hystérique.

Le 23. T. m. 37°9. T. s. 38°2. L'état s'améliore, la malade commence à sortir de sa torpeur, les pupilles sont dilatées ; la recherche de la sensibilité montre l'existence d'une hémianesthésie gauche et de la perte de la nausée réflexe ; le mal de tête est moindre. L'examen des urines montre une petite quantité d'albumine, 0,30 par litre

Le 24. La fièvre a disparu, le thermomètre oscille entre 37° et 37°2 jusqu'à la sortie de la malade, tous les symptômes se sont amendés ; cependant on essaye de produire le sommeil hypnotique, ce qui est assez facile par la fixation du regard. On suggère la diminution du mal de tête. Le Dr Parenteau ne trouve aucune lésion du fond de l'œil à l'examen ophtalmoscopique. Les urines ne contiennent que des traces d'albumine.

Les jours suivants deux séances de sommeil hypnotique, l'amélioration est très rapide, les urines ne contiennent plus d'albumine et la malade demande à s'en aller le 29.

Réflexions. — Nous croyons avoir eu affaire à de l'hystérie, à cause de la soudaineté des accidents et de leur guérison rapide, à cause des signes concomitants d'hystérie. L'albumine qui existait dans les urines aurait pu faire songer à des accidents urémiques, mais l'abondance des urines, la prompte disparition de l'albumine nous a amené à rejeter complètement cette hypothèse. Du reste, on a publié plusieurs observations de pseudo-méningite

hystérique et nous en avons observé un cas il y a quelques années, chez une jeune fille en ville.

Observation II.

Laryngite aiguë grave.

X..., âgé de 8 ans. Tempérament lymphatique. Pas de maladie antérieure de la gorge.

Entré à l'hôpital Saint-Jacques, le 22 mars 1890, petite salle, lit n° 1.

Les parents racontent que l'enfant a ressenti subitement il y a deux jours, mal à la gorge, accompagné de céphalalgie. Le timbre de la voix s'est ensuite voilé, il est devenu rauque; en même temps la toux est survenue sans quintes.

A l'examen de la gorge du malade, on ne constate aucune fausse membrane, mais les amygdales font saillie; elles sont très rouges ainsi que les piliers et le pharynx supérieur. La voix n'est pas tout à fait éteinte; elle est plutôt rauque; la toux ressemble à l'aboiement du chien enroué. Le petit malade ne souffre pas; l'entrée de l'air est cependant assez difficile : on entend à distance une inspiration prolongée et sifflante; pas d'accès de suffocation. Un peu de dépression aux creux épigastrique et sus-claviculaires; enfin le visage est quelque peu violacé et les yeux sont larmoyants. *Cyanure de mercure* (6) V gouttes et *spongia tosta* (1re trit. déc.) 0,10. T. s. à 39°5.

Le 23. T. m. 38°,2. Pas d'amélioration, au contraire la respiration est plus gênée. Tirage plus accentué. Il y a de la torpeur; le malade sommeille toujours sans accès de suffocation. *Spongia tosta* (1re trit. déc.) 0,10 et *apis mell.* (T. M.) V gouttes.

Même état jusqu'au soir, mais alors le médicament a produit une action favorable. Les mouvements respiratoires sont plus libres et moins précipités ; diminution du tirage. T. s, 39°.

Le 24. T. m. 38°8. L'amélioration persiste ; la torpeur a disparu ; en faisant compter le malade, on constate que la voix reparaît. Même médicaments. T. s. 38°5.

Le 25. La température tombe presque à la normale, mais à la suite d'un écart de régime, le malade a pendant un jour une fièvre assez forte qui ne coïncide pas du reste avec une aggravation de la maladie ; puis la température revient tout à fait à la normale.

Le malade peut être considéré comme guéri ; on peut suivre le retour de la voix, jour par jour ; disparition complète du sifflement à l'inspiration, l'examen de la gorge montre que les amygdales ont diminué de volume et que la rougeur de l'arrière-gorge a une teinte moins foncée.

Réflexions. — Nous ne faisons pas de ce malade un croup d'emblée, sans manifestation pharyngée, parce que la fièvre était très vive, parce que la toux et la voix n'étaient pas éteintes comme dans le croup, mais enrouées, éraillées, parce que la dyspnée était moindre et que l'inspiration surtout était difficile. Dans cette forme très réelle de la laryngite aiguë, dont nous avons observé plusieurs exemples, dont un dans notre famille (1), dont le Dr Regnault, de Rennes, a rapporté plusieurs cas de guérisons (2), nous croyons qu'il y a souvent un peu d'œdème inflammatoire et que c'est pour cela qu'*apis* est indiqué à côté de

---

(1) Les maladies de l'enfance, p. 302.

(2) Art médical.

spongia tosta; dans cette observation nous avons alterné ces deux médicaments, et l'amélioration a suivi assez rapidement leur emploi tandis qu'elle ne se montrait pas après l'alternance de *spongia* et de *cyanure de mercure*. Il faut reconnaître que ce dernier médicament, quoique présentant dans sa pathogénésie quelques symptômes laryngés, s'adresse plutôt à l'élément pseudo-membraneux diphthéritique.

Observation III.

Rougeole.

Mlle B..., 22 ans, cuisinière, entre le 11 mai au soir à l'hôpital Saint-Jacques (petite salle, lit n° 2).

Bons antécédents; n'a jamais eu d'autre maladie qu'une rougeole à l'âge de 12 ans.

Cette jeune fille est souffrante depuis le 1er mai, elle a été prise de frissons, de toux et d'extinction de voix. L'éruption, d'après les renseignements qu'elle fournit, ne se serait montrée que le 9.

Le 11 mai. T. s. 40°6, *aconit* (T. M.).

Le 12. T. m. 39°4. L'éruption est encore très rouge sur le tronc, les bras et même la figure; grosses papules rouges très rapprochées les unes des autres.

A l'auscultation râles fins et généralisés étendus dans toute l'étendue des poumons. — Une dyspnée très marquée fait craindre une bronchite capillaire.

La gorge présente de la rougeur, il y a enfin, pour terminer les symptômes muqueux un coryza assez intense. *L'examen des urines* donne une quantité d'albumine considérable (3 grammes par litre). Traitement, *ipeca* (6) et *bryona* (6). T. s. 40°.

Le 13. Même traitement. T. m. 38°6. T. s. 38°4.

Le 14. Amélioration, à l'auscultation les râles sont moins fins, la fièvre tombe. T. m. 37°, T. s. 38°6.

Le 15. La toux est encore très fréquente, surtout la nuit, l'auscultation ne montre plus que de gros râles humides. *Conium* (1re déc.) V gouttes.

Du 16 au 19. Les symptômes généraux, fièvre, expectation, dyspnée disparaissent progressivement, mais, quoi qu'en moins grande quantité, l'albumine persiste.

Le 20. *Kali. hydrat.* (1re trit. déc.) 0,20 centigr.

Le 23. L'albumine qui avait beaucoup diminué a disparu complètement depuis la veille.

La malade quitte l'hôpital le 25. D'après les nouvelles que nous en avons eu, l'albumine n'a par reparu.

Réflexions. — Cette rougeole est de forme commune, à variété broncho-pneumonique ; elle était d'une grande intensité, avec fièvre vive et albuminurie considérable (3 gr. par litre). Le traitement employé est le traitement classique, l'alternance de *bryone* et d'*ipéca* à la 6e dil. contre la broncho-pneumonie, traitement qui réussit dans la majorité des cas. Nous signalerons aussi l'action favorable de *conium* contre la toux nocturne grasse, d'après une indication donnée ici même par notre savant confrère Piedvache et de l'*iodure de potassium*, à petite dose, contre l'albuminurie. Ce médicament nous a déjà réussi plusieurs fois de la 3e à la 1re trit. déc.

Observation IV.

Fièvre intermittente ancienne.

C..., 27 ans, entre le 4 mai à l'hôpital Saint-Jacques (salle commune, lit n° 4).

Il a fait son service militaire à Madagascar. Quelques jours après son arrivée (17 mai 1885) dysenterie d'une durée de trois mois ; plus tard cinq autres attaques de dysenterie d'une durée de quinze jours à un mois.

Le malade était déjà très anémié lorsque le 15 *octobre* de la même année il a ressenti la première atteinte de fièvre paludéenne. Cette fièvre, qui dura une vingtaine de jours, offrait le type rémittent, la température étant plus élevée le soir que le matin. De cette année 1885 à 1889, le malade rentra sept ou huit fois à l'hôpital de Tamatave, non plus avec la forme rémittente de la fièvre, mais avec la forme intermittente.

Libéré du service militaire (mai 89) et rentré en France, il a eu au mois de décembre 1889 cinq accès violents de fièvre intermittente et chaque accès revenant tous les jours.

Le 4 mai. Il entre à la suite d'un grand accès qu'il a eu la veille de ce jour. — Poumons et cœur normaux. — Foie et rate augmentés de volume ; teinte subictérique des conjonctives. Sulfate de quinine 0,25.

Le 5. Apyrexie la veille. Sulfate de quinine 1 gr.

Le 6. Accès de fièvre de 4 à 8 heures du soir, avec froid et malaise.

Le 7. Chaleur, pas de transpiration. Sulfate de quinine 1 gr. le matin.

Le 8. Le soir, nouvel accès aussi fort que le précédent, après lequel on donne 1 gr. de sulfate de quinine. La fièvre est tierce.

Le 9. Flos. solis (T. M.) V gouttes. Sulfate quinine 1 gr.

Le 10. *Pas d'accès le soir*. Flos. solis.

Le 11. Continuation de flos. solis. Sulfate de quinine 1 gr. le soir.

Le 12. Le soir, l'accès arrive mais diminue d'intensité. Sulf. de quinine 1 gr. Le même traitement est encore continué deux jours.

Le 15. Le malade se sentant mieux quitte l'hôpital malgré nous.

Réflexions. — Cette observation n'est pas concluante à cause du départ trop rapide du malade, qui a empêché de savoir s'il était débarrassé de sa crise et surtout de prévenir le retour des accès ultérieurs.

Observation V.

Erysipèle de la face.

Mlle P..., 36 ans, entre à l'hôpital Saint-Jacques, le 25 mars (salle commune, lit n° 3).

Antécédents. — Vers l'âge de 20 ans, érysipèle assez violent; bonne santé depuis ce moment, sauf un peu d'anémie amené par des troubles gastriques pour lesquels elle a été traitée à l'hôpital Necker.

La maladie a débuté le 21 mars par des frissons, des vomissements et du mal de gorge; la fièvre s'est établie violente dès le début, la plaque érysipélateuse a débuté près de la narine droite.

A son entrée le 25, la plaque érysipélateuse est peu étendue, mais la fièvre est vive, T. s. 40°4.

Le 26. T. m. 40°. *China* (T. M.) 5 gr. T. s. 40°5.

Le 27. T. m. 39°9. T. s. 40°7.

Le 28. T. m. 39°4. T. s. 40°4. Le même état général persiste, la plaque érysipélateuse s'est peu agrandie.

Le 29, 9e jour. T. m. 37°4, la fièvre est tombée, la malade se trouve mieux, la plaque érysipélateuse paraît arrêtée. Même traitement depuis le 25. T. s. 40°7.

Le 30, 10e jour. T. m. 38°2. Quoiqu'il y ait un peu de fièvre le matin, à cause de la grande différence entre le matin et le soir et pour prévenir un accès pernicieux possible, nous donnons 1 gr. de *sulfate de quinine* dès le matin tout en continuant la potion de china. Le soir le thermomètre ne monte qu'à 39°7.

Le 31, 11e jour. La malade a pris dès le matin son sulfate de quinine. T. m. 38°1. L'érysipèle a beaucoup pâli et commence à disparaître ; la malade demande à manger, elle se trouve mieux, se plaint seulement d'insomnie persistante depuis le début de la maladie. T. s. 37°1, apyrexie complète.

Le 1er avril, 12e jour. T. m. 38°5 ; malgré cette petite montée du thermomètre la malade se trouve bien, la plaque érysipélateuse a presque complètement disparu. Le soir la température est remontée à 39°7, il y a une nouvelle plaque d'érysipèle sur la joue et l'oreille gauche.

Le 2 avril, 13e jour. Devant l'élévation du thermomètre, la sœur a donné le sulfate de quinine dès ce matin. T. m. 37°. T. s. 40°4.

Le 3 avril, 14e jour. Sulfate de quinine. T. m. 37°3. T. s. 38°5. Le nouvel érysipèle se limite et pâlit.

Le 4. T. m. 36°. T. s. 38°5. *Cannabis indica* pour la nuit à cause de l'insomnie, *china* le jour.

Le 5. T. m. 36°8. T. s. 36°9. La convalescence commence, l'appétit revient, la fièvre ne revient plus, la malade reste encore quelque temps à l'hôpital pour reprendre des forces, cet érysipèle d'une grande intensité l'ayant beaucoup affaissée.

Il est à noter que les urines examinées journellement n'ont jamais été albumineuses.

Observation VI.

Erysipèle de la face.

Mlle N..., 43 ans, entre le 29 mars à l'hôpital Saint-Jacques (salle commune, lit n° 8).

Cette femme, de bonne santé habituelle, n'a jamais eu d'érysipèle.

La maladie a débuté le 27 par de légers frissons avec mal de tête ; pas de vomissement. L'érysipèle a débuté par le nez et a gagné la joue droite.

Le 29 mars, 3e jour. T. s. 40°2.

Le 30 mars, 4e jour. T. m, 39°6. La surface de l'érysipèle est soulevée par d'énormes phlyctènes; les paupières de l'œil droit sont œdématiées et l'œil fermé. *China* (T. M.) 4 gr. T. s. 40°5.

Le 31 mars, 5e jour, T. m. 38°8. Les urines ne contiennent pas d'albumine. T. s, 39°8.

Le 1er avril, 6e jour. T. m. 37°8. Amélioration manifeste, l'œil dégonfle, l'érysipèle pâlit ; les phlyctènes sont remplacées par des croûtes, même traitement. T. s, 38°2.

Le 2 avril, 7e jour. T. m. 37°. Commencement de la convalescence. T. s. 37°4.

Il n'y a plus de fièvre, la malade part guérie le 4 avril, n'ayant plus qu'une desquamation assez abondante au niveau des phlyctènes.

Observation VII.

Erysipèle de la face.

Mlle T..., 13 ans, entre à l'hôpital le 18 mai (salle commune, lit n° 8).

D'une bonne santé habituelle, cette jeune fille est malade depuis le 15, jour où elle a éprouvé des frissons et un peu de fièvre. Le 16, la région du nez a commencé à être douloureuse. Le 18, à son entrée seulement, l'érysipèle apparaît nettement; le nez est rouge, luisant, tuméfié et présente deux ou trois phlyctènes. *Rhus tox.* (3e). T. s. 40°.

Le 19. T. m. 37°2. T. s. 37°4.

Le 20. Il n'y a plus de fièvre, l'amélioration se fait très rapidement et la malade sort guérie le 24.

Réflexions. — Ces deux derniers érysipèles sont peu intéressants, ils n'ont présenté aucune gravité, nous ne les avons rapportés ici que comme comparaison avec celui qui fait le sujet de l'obs. V; érysipèle envahissant, par poussées successives, s'accompagnant chacune d'une élévation thermique considérable. Le *sulfate de quinine* et le *china* ont dans ce cas amené la guérison, et leur action paraît bien manifeste sur la marche de la maladie.

Nous ferons remarquer aussi que le Dr Piedvache avait en ce moment à l'hôpital plusieurs opérés qui n'ont présenté aucune complication érysipélateuse, malgré la présence de deux cas simultanés (obs. V et VI), tandis que dans les années précédentes, les opérés ont eu plusieurs fois des érysipèles, alors qu'il n'y en avait pas eu depuis longtemps dans les salles.

Dr Marc Jousset.

HISTOIRE DE L'HOMŒOPATHIE.

LE Dr PIERRE DUFRESNE.

XX

Le dernier mémoire du Dr Dufresne, traite du *charbon chez l'homme* (pustule maligne, anthracite malin). Il était dès longtemps familiarisé avec cette maladie, plus fréquente alors dans nos contrées, qu'elle ne l'est aujourd'hui. Déjà en 1815, il l'avait plusieurs fois rencontrée. Suivant la coutume régnante, il lui avait opposé la cautérisation après incisions préalables et des lotions astringentes. Ce traitement est très douloureux. Les résultats fort mêlés d'insuccès n'avaient pas été, en définitive, pour l'encourager beaucoup.

En 1834, un cas de pustule maligne se présenta. Mon père n'hésita pas à faire l'épreuve d'une médication proposée par des médecins homœopathes allemands. Il employa l'*anthracine*, c'est-à-dire le liquide virulent, agent transmissible de la maladie, le virus inoculable lui-même recueilli sur les pustules. Il employa de même un autre produit pathologique de la maladie, le sang de rate. On donne ce nom, en langage vétérinaire, à la sanie qui s'écoule par incision de la rate tuméfiée et gorgée d'un liquide noirâtre. Cet état de la rate est une des lésions caractéristiques de la fièvre charbonneuse chez le cheval et les espèces bovines.

Eu égard à la pathologie du charbon chez l'homme, mon père, avec les médecins de son temps, en était aux

descriptions de J. Frank et surtout aux instructions de Chabert, sur les maladies des animaux domestiques. En France, Chabert n'a pas cessé d'être reproduit par les auteurs qui ont suivi.

Il en a été ainsi sur ce sujet jusqu'au moment où Davaine, Pasteur et l'école des bactériologistes l'ont abordé. Le point capital de leurs travaux a été la découverte du microbe spécial qui, d'après ces auteurs, doit être la caractéristique du virus charbonneux et l'agent de transmission indispensable de la maladie des animaux à l'homme.

Le charbon chez les animaux est une maladie générale, la fièvre charbonneuse. L'opinion en faveur est qu'elle est le résultat de la pénétration de matériaux infectieux introduits par les voies digestives ou pulmonaires.

D'autre part, il n'est pas moins reconnu que fort rare chez l'homme à l'état spontané, le charbon se manifeste d'emblée chez lui par des pustules et qu'à l'ordinaire, il reconnaît pour origine un contact avec des animaux contaminés. La contagion s'effectue par inoculation. Des insectes, le plus souvent, opèrent le transport. D'autres fois, pendant les épizooties, la police ordonne de sacrifier les troupeaux infectés. Si les individus chargés de l'équarrissage n'y prennent garde, la moindre écorchure est fatale, le principe morbide est communiqué.

Les bactériologistes s'élèvent contre une trop grande part attribuée au transport du virus par des insectes. Question difficile à trancher. Il faut cependant accorder que les parties du corps découvertes, les mains, le col, le visage, sont les plus fréquemment atteintes.

On cite des cas très rares il est vrai, de transmission de l'homme à l'homme, chez des personnes qui donnaient des soins à des malades. Neydig, de Moscou,

relate (1869) l'histoire de son garçon d'amphithéâtre qui contracta une pustule maligne, mortelle, en faisant l'autopsie d'un homme mort du charbon.

On a vu la maladie transmise de l'homme à des animaux. C'est la fièvre charbonneuse qui survient alors, non la pustule.

Reste l'usage des viandes charbonneuses. La tradition s'unit aux auteurs les plus modernes pour attester que, le plus souvent, l'homme mange impunément de la chair des animaux atteints du charbon, s'il n'existe pas de plaies dans la bouche ou dans le pharynx ; surtout si la viande est cuite. Les chiens, les animaux carnassiers de même. L'existence chez l'homme d'un charbon interne sans pustules apparentes, c'est-à-dire, d'un état analogue à la fièvre charbonneuse des animaux, tend de plus en plus à se confirmer, mais la nosographie est encore loin d'être complète. Il n'est d'aucun intérêt pour notre sujet de nous étendre ici sur cette question encore en litige.

Ces préliminaires étaient pour délimiter ce domaine des maladies charbonneuses commun à l'homme et à plusieurs espèces animales. Etude nécessaire, car ici se rencontrent aujourd'hui les plus importantes questions d'hygiène, de prophylaxie et de thérapeutique.

Revenons aux faits observés par le D[r] Dufresne.

Le premier est l'histoire d'un agriculteur, âgé de 40 ans, très robuste. Fauchant à l'ardeur du soleil, le 28 août 1834, il ressentit un fort prurit au col, un de ses compagnons de travail y regardant, il lui dit qu'il voyait une tache rouge, comme si un insecte l'avait piqué. C'était le début de la maladie : le lendemain, elle était en pleine évolution. Mon père ne vit le malade que huit jours après. Ce jour-là, 4 septembre : enflure considérable de la

région cervicale gauche ; au centre une tumeur surmontée d'une aréole gangreneuse, entourée d'un bourrelet vésiculeux. Etat général, mauvais : sidération des forces, de la fièvre, sueur froide, situation grave.

Il était trop tard pour songer à ouvrir la tumeur pour la cautériser. Le Dr Dufresne se décida à faire usage de l'*anthracine* : c'est le nom qui a été donné au sang de rate dilué.

Mon père tenait cette préparation du Dr Rapou, de Lyon. Celui-ci, pendant un voyage qu'il venait de faire en Allemagne, l'avait reçue du Dr Weber, médecin de la cour de Hesse. Weber est le premier qui ait eu la pensée que la sanie gangréneuse du sang de rate, pourrait devenir une ressource thérapeutique. Il le considéra comme un venin et le soumit aux dilutions hahnemanniennes, afin de le rendre susceptible d'être administré comme médicament. Le même a publié une monographie sur ce sujet (Lepsig, 1886).

L'*anthracine* (10e dilution) fut prescrite à l'intérieur. En outre, la plaie fut recouverte de compresses trempées dans une solution d'esprit de vin contenant la même préparation.

L'action du médicament ne se fit pas attendre : dès le lendemain l'amélioration était constatée. Le 16 septembre le malade fut présenté à la réunion de la Société gallicane. Le 19, l'eschare était tombée et la guérison définitive.

Les faits suivants ne sont pas moins concluants.

Le 25 août 1836 vinrent consulter le Dr Dufresne, les deux frères V.... Tous les deux avaient contracté la maladie en dépeçant des moutons atteints de fièvre charbonneuse. Le plus jeune, malade depuis neuf jours, portait une pustule très large à la partie externe du pouce de la main gauche.

L'inoculation du virus avait été produite par une esquille d'os. Encore qu'incisée et cautérisée par l'acide sulfurique, la tumeur avait reparu entourée d'une invasion de nouvelles vésicules.

Chez le frère aîné, la maladie s'était déclarée plus tard. Il portait une pustule sur le dos de la main droite; elle n'avait pas été cautérisée.

Le souvenir de ces deux malades m'est aujourd'hui encore parfaitement présent. J'avais dix-huit ans. J'aidai mon père à panser leurs plaies, c'était une des premières démonstrations médicales auxquelles il m'associait. Je n'oublierai jamais la vivacité de ses expressions, si fort il était préoccupé de la maladie et de l'espoir de voir se réaliser le succès qu'il espérait.

Les deux frères furent traités par l'anthracine *intus* et *extra*, comme le premier malade. La préparation employée était la même.

Mon père s'informa minutieusement du troupeau de moutons qui avait communiqué la maladie. Il apprit que quelques-uns avaient dû être sacrifiés et que plusieurs personnes avaient impunément mangé la viande des animaux abattus. Séance tenante il recueillit la sérosité des phlyctènes qui bordaient les pustules de l'un des malades : il en fit la préparation et donna l'ordre de l'administrer aux moutons infectés. A partir de ce moment, il n'en périt aucun.

Quant aux deux bergers, après cinq jours de traitement, ils étaient hors d'affaire.

Je n'introduis à cette place qu'un tableau raccourci de ces observations recueillies avec un soin minutieux. Elles attestent que mon père avait fait une étude approfondie de ce sujet aussi curieux que difficile.

Quels mobiles avaient déterminé le Dr Dufresne dans ces expériences.

En appliquant l'anthracine au traitement du charbon chez l'homme ; mon père ne pensait point faire ce que l'on appelait alors de l'*isopathie* (traitement par les identiques).

Sous l'influence d'une déviation de la loi de similitude, quelques médecins de ce temps-là avaient imaginé d'opposer aux maladies contagieuses les produits morbides renfermant les virus eux-mêmes par lesquels les maladies sont transmissibles, c'est ainsi que l'on a été amené à préparer la varioline, la morbiline, etc. Il ne paraît pas que l'expérience ait plaidé en faveur de cette tentative ; il y a longtemps que l'on n'en parle plus.

Le Dr Dufresne n'a pas employé ici l'anthracine comme un *simillimum* du charbon, mais comme un médicament. Le liquide virulent est considéré comme un venin, comme un poison miasmatique. La préparation officinale l'a rendu acceptable par l'organisme. Il a agi avec le liquide recueilli sur la pustule maligne comme Hering avec le venin des serpents : on sait que les essais du savant médecin américain ont placé la question des venins sur son véritable terrain thérapeutique. Il a prouvé que les venins de serpents après avoir subi les atténuations successives de la préparation hahnemannienne, peuvent être administrés par le tube digestif, non pour combattre les effets de la morsure de l'animal, mais dans le but d'agir contre les maladies présentant des symptômes plus ou moins analogues à ceux que produit l'empoisonnement après la morsure : c'est là une action clinique curative dirigée par l'expérimentation pathogénique.

Il fallait s'y attendre : il devait s'opérer dans l'esprit de plusieurs un rapprochement entre ce traitement par l'an-

thracine diluée et les atténuations du virus charbonneux opposées aux épizooties par Pasteur (1).

Les deux modes d'action sont cependant bien différents. Mon père, on l'a vu, se proposait une action curative. L'agent nuisible et destructeur est converti en antidote comme il le dit lui-même; dans un langage plus imagé que précis.

Pasteur part d'un autre point de vue. Il se propose une action préventive prophylactique : son but est de soustraire l'organisme à une maladie possible, il atténue aussi le virus : il l'administre par doses graduées, sous la forme d'injections sous-cutanées ; c'est l'insertion comme la pratiquait Jenner avec le *cowpox* et comme le fait le médecin qui inocule la variole.

Noter ici le point de soudure entre la méthode de Pasteur et les anciens inoculateurs : c'était évidemment dans une pensée d'atténuation que procédaient ces derniers, alors que l'idée leur vint d'insérer artificiellement le virus sous la peau. L'expérience avait prouvé qu'introduit de la sorte dans l'organisme, le virus ne produit à l'ordinaire que des effets atténués, suffisants cependant pour garantir l'organisme contre un retour offensif de la maladie. Ainsi depuis des siècles procèdent les Arabes et d'autres orientaux : telle est l'origine de l'inoculation variolique.

Cette infection artificielle déterminée par une porte d'entrée qui n'est pas celle que la maladie choisit à l'ordinaire, dans la plupart des cas suffit pour amener une

---

(1) Signalée dans les nombreux travaux, cette analogie a été l'objet d'un mémoire important du Dr Krüger de Nîmes. Les observations du Dr Dufresne sont reproduites in extenso dans ce travail (M. Pasteur et le charbon), Paris, 1883.

affection qui met à l'abri de celle toujours plus grave qui résulte de la contagion naturelle.

Il y a une autre cause d'atténuation pour la force des virus ; c'est le transport d'une espèce animale à l'homme ou a d'autres espèces.

La méthode de Jenner n'est en définitive qu'une méthode d'atténuation nouvelle pour son temps ; elle est fondée sur les variations imprimées à l'énergie d'un virus par son passage d'une espèce animale à une autre. Ainsi qu'il a été dit à propos du mémoire de mon père sur la variole, dont à soixante ans de distance il nous plaît de rapprocher les vues des travaux de l'école de Pasteur, nous ignorons absolument encore si la vaccine est une maladie propre aux bœufs et aux chevaux ou bien si elle résulte de la transplantation de la variole humaine dans l'organisme des animaux.

Les innombrables expériences de Pasteur sur la rage, sur le rouget, sur le choléra des poules, prouvent bien que tel virus transporté d'une espèce animale à une autre, puis propagé pendant un certain temps dans une espèce nouvelle, est atténué dans ses effets quand ensuite on lui fait faire retour à l'espèce d'où l'on est parti.

Mais ce n'est pas tout eu égard à Pasteur. S'il procède de Jenner, s'il lui emprunte l'idée de la transplantation du virus d'une espèce à l'autre ; s'il fertilise cette pensée initiale par la multiplicité des expériences et les échanges infinis qu'il opère pour obtenir des degrés, variés d'atténuation artificielle, il faut, avec lui, aller plus avant. Ce n'est plus en opérant sur l'organisme vivant qu'il va continuer ses séries d'atténuations. Il transporte les agents virulents hors de l'économie animale. Il va les cultiver captifs dans des récipients inertes, leur créant des milieux

artificiels où ils peuvent vivre dans le contact plus ou moins prolongé d'agents modificateurs. La virulence de ces cultures peut être ainsi modifiée sans que pour autant la propriété vitale du virus soit compromise.

C'est là assurément le côté le plus original des travaux de Pasteur : il développe l'idée de Jenner avec une richesse d'expédients extraordinaire.

On l'a compris : pour Pasteur et son école, le virus c'est le microbe ; le microbe, c'est l'élément de culture : c'est sur le microbe que le physiologiste agit avec une précision qui revêt presque l'allure d'une expérience de physique ou de chimie. Qu'après des inoculations aussi réitérées et une telle fixité dans les résultats obtenus, Pasteur ait conclu à l'existence d'un microbe spécial caractérisant la spécificité étiologique du charbon, l'induction était légitime.

Nous ne pouvons nous empêcher de faire ressortir une seconde analogie avec les expériences de P. Dufresne sur la variole. Mon père, pour réaliser une immunité aussi, complète qu'il la croyait possible demandait une première épreuve à la vaccination et une seconde après quelques années d'intervalle c'est-à-dire une seconde vaccination ou l'inoculation variolique.

La vaccination charbonneuse telle que dans la pratique vétérinaire elle a été prescrite par Pasteur, réclame deux inoculations à quinze jours d'intervalle : l'une avec le produit dit *premier vaccin* lequel ne préserve que partiellement les animaux : l'autre, avec le *deuxième vaccin* plus actif et qui doit les rendre absolument réfractaires au charbon.

Il était donc naturel que la médication de Weber et du Dr Dufresne par le virus charbonneux dilué fût rapprochée

des atténuations préventives de Pasteur. La comparaison s'imposait rapidement.

La différence entre les deux buts étant appréciée, il reste une impression dominante, c'est qu'entre les dilutions d'Hahnemann et les atténuations de Pasteur, s'il n'y a pas conformité absolue, il existe tout au moins les analogies les plus complètes.

Alors que l'on voit tant de faveur s'attacher aujourd'hui aux procédés d'atténuation progressive du célèbre académicien, il doit être désormais permis d'espérer pour les doses infinitésimales d'Hahnemann, un examen plus impartial, l'épreuve d'une expérimentation sérieuse plus correcte, enfin moins obsédée par le préjugé.

Les résultats cliniques répondent déjà des deux côtés.

Ils ont répondu en attestant la valeur prophylactique des cultures de Pasteur.

Les observations de Dr Dufresne sont aussi une réponse. Elles ont prouvé que l'anthracine diluée, opposée à la pustule maligne, est un médicament curateur.

Au cours de cette revue rétrospective des travaux de mon père, sur la variole et le charbon, intervient sans cesse le terme *d'immunité*, expression qui ne doit pas être employée à la légère, car elle dénonce un fait considérable qui depuis la découverte de Jenner tient une place de plus en plus importante dans les préoccupations des médecins. La prérogative de l'immunité ce n'est pas moins que la perspective d'affranchir l'espèce humaine du tribut qu'elle paie à des maladies graves, le plus souvent infectieuses et rendues d'autant plus dangereuses par leur caractère contagieux.

Qu'étaient les recherches de mon père sur sa variole, sinon une enquête sur la valeur de l'immunité procurée

par la vaccine, le type de ces procédés prophylactiques.

La question d'immunité eu égard au charbon en particulier, en est aujourd'hui au point où en était la vaccine au commencement du siècle. Avertie par l'expérience, la science attend ; elle exige des délais avant que de se prononcer sur la durée et la portée exacte des vaccinations charbonneuses.

Mon père n'a inventé aucune théorie pour expliquer ce phénomène si étrange, si mystérieux des immunités. L'élève de Montpellier est trop profondément vitaliste pour songer à rendre compte par des modifications soit chimiques, soit physiques ou par tel autre changement d'équilibre moléculaire, d'un fait aussi nettement ontologique que la répression, sinon l'anéantissement d'une prédisposition définie de l'espèce humaine à une maladie. L'essence des maladies tient à l'essence de la vie, a écrit Dufresne dans un de ses ouvrages. Or, procurer l'immunité, n'est-ce pas opposer une barrière à la spontanéité morbide.

L'école des bactériologistes ne devait pas être aussi réservée, et ce n'est pas un des moins curieux passages des leçons du Dr Straus, que l'énoncé des tentatives proposées pour expliquer le phénomène de l'immunité. Inutile d'exposer ces théories, elles n'ont acquis crédit dans aucune école. Pasteur, en dernière analyse, explique l'immunité par un effet de *résistance vitale*. Le professeur Bouchard se retranche dans des arguments analogues en disant : « La « modification chimique imprimée à l'organisme par la « maladie vaccinale s'est accompagnée d'une modification « dynamique (c'est-à-dire vitale) ; à côté de l'altération « purement chimique des humeurs, il y a aussi une altération « fonctionnelle de la nutrition qui assure la per-

« sistance de l'état nouveau créé par la maladie (1). »

Aussi croyons-nous M. Straus parfaitement autorisé à conclure comme il le fait, alors qu'il dit : « En somme « presque tout reste encore à faire dans cette direction, et « malgré les efforts tentés, le problème des immunités « subsiste tout entier. »

XXI

Le Dr Dufresne est mort à Genève, le 19 décembre 1826, âgé de 50 ans. Une courte maladie, une pneumonie, disposa en quatre jours d'une constitution délicate, depuis quelque temps déjà fort éprouvée. Les soins réclamés par une nombreuse clientèle, répondre chaque jour à des consultations lointaines, un travail de cabinet incessant ; toutes les causes de fatigue qui s'imposent au médecin soigneux de l'honneur de sa profession se trouvent ici réunies.

La mort de mon père, pourquoi le tairions-nous, suscita des regrets en dehors du cercle restreint de sa famille. Sa nature sympathique, expansive lui avait valu de nombreux amis. Il s'était généreusement dépensé pour eux et pour ses malades. Les longs souvenirs l'ont accompagné. Sans doutes les marques d'estime accordées à la mémoire du médecin et du savant, attestaient des services rendus. Ce qui touche davantage, elles s'adressaient plus encore au caractère de l'homme et à l'ami dévoué. Cette suite de travaux si courageusement poursuivis, témoignent assurément d'une intelligence de quelque valeur. Une véritable vocation avait appelé le Dr Dufresne à l'étude de la

(1) Straus. Le charbon des animaux et de l'homme, Paris, 1887.

médecine. Il le fallait bien pour voir éclore dans cette vallée reculée du Faucigny, dans un milieu si peu accessible aux influences du dehors, une résolution aussi tenace. L'exemple de son oncle déjà médecin n'aurait pas suffi. Il faut admettre ici l'élan spontané d'un esprit ouvert, investigateur ; dans le sens le plus élevé du terme, curieux de toutes choses.

Nous l'avons vu à 17 ans, terminer sa philosophie dans un petit collège savoyard, de retour à la maison paternelle auparavant que d'obtenir la permission du départ pour l'Université ; le futur élève de Montpellier s'essaye à l'observation des phénomènes naturels par la botanique et la zoologie. Dès son arrivée à l'école, il met au service de la médecine des facultés déjà exercées. Bien mince bagage, si on le veut comparer aux programmes surchargés qui s'imposent aujourd'hui aux étudiants des années préparatoires. Abondance parfois stérilisante plus propre à obséder souvent les intelligences plutôt qu'à les rendre fécondes.

Une remarque importante : les notions spiritualistes inculquées par les cahiers de philosophie du collège, restent debout, dans son esprit. Elles vont-y exercer une domination salutaire qui ne se démentira jamais, c'était peu de chose, dira-t-on que ces axiomes latins assurément un peu secs dans leur concision, tout imprégnés de traditions scholastiques : c'était assez à nos yeux pour mériter à cet enseignement l'hommage d'une grande estime : ne fut-il pas déterminant ici pour inculquer une direction définitive.

Voyez avec quelle aisance cet entendement discipliné par une logique austère s'adapte au vitalisme, souvent subtil, des professeurs de Montpellier. Ce qui ne veut pas

dire que leur élève dogmatise, qu'il dispute. Il ne fait point étalage de doctrine, il n'en a pas l'idée, il n'en parle pas; mais ce qui vaut mieux, le sens spiritualiste est dans tout ce qu'il écrit: il en est partout et toujours logiquement inspiré. Cette philosophie anonyme de ses maîtres savoyards lui sera une discipline et une armure intérieure qui ne lui feront jamais défaut.

On a vu cette action très sensible dans ces mémoires si neufs, pour le temps où ils paraissaient : sur la médication et les médicaments; dans ce coup d'œil jeté sur les écoles en médecine avant la venue d'Hahnemann : autant d'occasions qui font apparaître les sentiments intimes de mon père sur le dynamisme vital, où plutôt sur ce vitalisme perpétuel, que l'on retrouve à la base de la science de l'homme et de la médecine de tous les temps, qui reviendra toujours, quoi que l'on fasse et quoi que l'on en ait.

Fait digne de remarque : dans l'histoire de la médecine, le vitalisme est la règle, le matérialisme positiviste l'exception. Combien d'écoles matérialistes qui eurent leurs heures d'éclat et d'influence, qui contribuèrent même à l'avancement de la science; un instant, on les croit triomphantes, soudain, surviennent des retours inattendus, toujours vers le vitalisme traditionnel, en définitive le patrimoine de la médecine, comme il l'est de toutes les sciences.

N'est-ce pas un de ces retours que nous voyons s'opérer aujourd'hui dans l'école de Paris, où tant de souffles contradictoires ont tour à tour dominé. La doctrine de l'essentialité des maladies qui est, en médecine, le corrélatif de celle de l'espèce en histoire naturelle, n'y semble-t-elle pas parvenue à une période d'affirmation, de netteté surtout, qu'elle n'avait jamais obtenue. Il n'y a pas jusqu'aux

découvertes microbiennes et à leurs visées qui ne viennent à l'appui de l'existence des espèces morbides distinctes en manifestant un signe de plus dans l'examen des lésions.

L'étude de la carrière médicale du Dr Dufresne n'a pu que nous faire persévérer dans cette appréciation du travail ontologique qui anime sans cesse la médecine et qui en est la vie.

(*A suivre.*) Dr Edouard Dufresne.

CLINIQUE MÉDICALE

Rougeole. — Pneumonie double. — Symptômes de méningite. — Mouvement fébrile intermittent pendant la convalescence. — Ipéca et bryone. — Bryone et stramonium, 6e dilution. — Sulfate de quinine et antipyrine à hautes doses. — Guérison.

Le 26 mai de cette année, je fus appelé auprès d'une jeune espagnole, âgée de 10 ans, arrivée au cinquième jour d'une rougeole grave. Le mouvement fébrile était intense. La température avait atteint 41 degrés, la veille au soir, et elle resta, toute la journée du cinquième jour, entre 39°8 et 40°. Ce qui attirait d'abord l'attention sur cette malade, c'était l'état cérébral. Le délire était continu, l'insomnie complète, l'agitation considérable. La malade toussait rarement ; cependant, un examen attentif permit de reconnaître un début de pneumonie à la base du poumon gauche. En ce point, existait une matité relative et du râle crépitant. Notons que la veille on avait constaté une violente douleur dans l'oreille gauche sans écoulement.

Je pensais que l'état cérébral était sous la dépendance de la pneumonie et je prescrivis : bryone 6 et phosphore 6, alternés toutes les deux heures.

Le soir, la température s'éleva à 39°8 au lieu de 41°, qu'elle avait atteint la veille.

6e *jour*. — Ce matin, la température est à 39°4; le soir, elle remonte à 39°8, l'état est sensiblement le même; il y a du souffle à la base du poumon.

7e *jour*. — La température s'élève de nouveau : 39°5 le matin, 40°3 le soir. L'hépatisation a envahi une zone supérieure; mais, les symptômes cérébraux sont plus prononcés et ont revêtu les signes de la méningite. Le délire alterne avec la somnolence; l'œil est hagard; la peau du front froncée; l'aspect de la physionomie exprime la méchanceté; la langue, les lèvres et les mains sont tremblantes. L'enfant a eu des vomissements bilieux. L'indication de *stramonium* est évidente; je le prescris à la 6e dilution alterné avec *bryone*.

8e *jour*. — Le mouvement fébrile reste sensiblement le même; 39°1 le matin, 40°3 le soir. L'état cérébral n'a pas changé, l'hépatisation du poumon gauche est en résolution à la base, mais, elle a envahi le sommet. On continue *stramonium* et *bryone*.

9e *jour*. — Les symptômes cérébraux s'amendent. Cependant, la température est encore très élevée : 39°7 et 40°. Même traitement.

10e *jour*. — Pour la première fois, la fièvre cesse le matin, température 37°. Le soir, elle remonte à 39°2.

Les symptômes cérébraux ont disparu. Je prescris : *bryone* et *ipéca* 6e.

11e *jour*. — Toute la matinée est sans fièvre et nous

espérons que la convalescence va s'établir, mais le soir même, la température dépasse 39°.

12[e] *jour.* — Le lendemain nous constatons le développement d'une nouvelle pneumonie à droite. Même traitement.

14[e] *jour.* — La résolution de l'hépatisation du côté droit commence le quatorzième jour et le mouvement fébrile ne dépasse pas 38° le soir ; dans la matinée, il est à 37°. Le sommeil est excellent et l'appétit devient impérieux.

A ce moment, s'établit un mouvement fébrile intermittent qui offre les caractères suivants : dans la matinée, température normale ; à 2 heures du soir, la température dépasse 39°, le pouls 116 et 120 et, malgré l'intégrité des deux poumons, il existe une dyspnée intense ; la fièvre tombe le soir et la nuit est bonne. Malgré cet état, la malade réclame des aliments et veut se lever.

Le sulfate de quinine, à la dose de 0,60 centigr. par jour, reste absolument sans effet sur le mouvement fébrile. L'antipyrine, au contraire, à la dose de 0,75 centigr. amène une prompte cessation de la fièvre. La surdité de l'oreille gauche et le léger écoulement qui avaient succédé à l'otite du début avaient disparu et la guérison était complète le vingtième jour de la maladie.

Plusieurs enseignements naissent de cette observation. C'est d'abord, la supériorité de la thérapeutique homœopathique dans le traitement de la pneumonie rubéoleuse. Cette affection qui, au dire de Rilliet et Barthez et de Trousseau, est d'une excessive gravité et présente une mortalité considérable, guérit presque constamment par le traitement homœopathique. Ici, comme toujours, l'*ipéca* et la *bryone* ont été nos médicaments préférés et la

6e dilution, la dose consacrée par une très longue expérience.

L'affection cérébrale qui accompagnait cette rougeole doit-elle être dénommée méningite, ou doit-on attribuer les symptômes cérébraux à la violence de la fièvre, à un empoisonnement non défini ou, en suivant le courant actuel, à un envahissement des méninges par des pneumocoques ou des streptocoques?

La violence du mouvement fébrile est une pauvre explication de symptômes cérébraux aussi accusés que ceux qui existaient chez notre jeune malade ; car, sans compter que la température de 40° s'observe souvent sans délire, cette même température a reparu, sans symptômes cérébraux, quand la deuxième pneumonie s'est développée. Les empoisonnements, non définis, ne sont que des hypothèses dont nous n'avons pas à nous occuper ; quant à la présence des pneumocoques ou des streptocoques dans les méninges, ils constituent un caractère anatomique et non une explication.

Le délire continu, le facies cérébral, le tremblement de la langue, des lèvres et des mains, les vomissements bilieux, le mouvement fébrile intense sont les signes incontestés de méningite. Le diagnostic n'était donc pas douteux.

Le *stramonium* était indiqué, de préférence à la belladone, par l'expression de méchanceté de la face et par le tremblement de la langue, des lèvres et des mains. La 6e dilution a complètement réussi.

Il nous reste à parler du mouvement fébrile intermittent, qui est venu troubler la convalescence, et du succès de l'antipyrine, quand le sulfate de quinine avait échoué.

Ce mouvement fébrile était intense; la température atteignait 40° et, bien que les hépatisations fussent en complète résolution, il existait une dyspnée très prononcée. Le mouvement fébrile était quotidien, il revenait entre 2 et 3 heures de l'après-midi, était surtout caractérisé par la chaleur, et se terminait vers le soir. Les nuits étaient bonnes et l'appétit persistait.

Quelle était la nature de ce syndrome? Sa bénignité relative, ne permettait pas de voir dans ce cas, un de ces mouvements fébriles pernicieux qui complique, quelquefois, la pneumonie et la fièvre typhoïde dans leur période d'état, et dont le caractère est de s'aggraver à chaque accès et de constituer un état absolument dangereux.

Le mouvement fébrile intermittent, constaté chez notre malade, rappelle davantage les grandes oscillations si fréquentes à la fin de la fièvre typhoïde, grandes oscillations qui varient de 37° à 40°, se continuent pendant bien des jours et résistent, absolument, au sulfate de quinine à haute dose.

Dans cette même épidémie, j'ai observé un autre cas de mouvement fébrile intermittent dans la convalescence de la rougeole. Ce mouvement fébrile survenait aussi dans l'après-midi; la température atteignait 40°, mais ne s'accompagnait d'aucun symptôme notable. Ce mouvement fébrile a disparu au bout de quelques jours, sans traitement.

Le D[r] Marc Jousset m'a rapporté un fait analogue chez un enfant atteint de coqueluche. Ici, encore, l'antipyrine a réussi après l'insuccès du sulfate de quinine.

Pourquoi le sulfate de quinine et pourquoi l'antipyrine?

Nous ne possédons, actuellement, aucun signe qui nous permette de formuler des indications différentielles du

sulfate de quinine et de l'antipyrine dans le traitement des mouvements fébriles intermittents. C'est un point de thérapeutique encore à l'étude, et, dans ce moment, nous sommes obligés de nous laisser guider par l'empirisme. Nous donnons l'antipyrine quand le sulfate de quinine a échoué.

Quant à la dose de ces deux médicaments, elle est absolument fixée par l'observation; les fortes doses seules réussissent. Dr P. JOUSSET.

MATIÈRE MÉDICALE

LE PÉTROLE ET L'ÉPITHÉLIOMA

Nos pathogénésies s'augmentent chaque jour et nous sommes heureux de trouver dans les travaux modernes des matériaux nouveaux; un des derniers numéros du « Journal des sciences médicales de Lille » (11 juillet) contient un mémoire de MM. Derville et Guermonprez, professeurs à la Faculté libre de Lille, sur le *papillome des raffineurs de pétrole*, mémoire qui nous permettra d'ajouter un chapitre à la pathogénésie de *petroleum*, médicament ayant déjà, à la connaissance des homœopathes, une action marquée sur la peau.

Ces médecins ont observé chez les ouvriers qui travaillent à raffiner le pétrole des lésions verruqueuses qui siègent principalement aux points de la peau les plus exposés aux substances irritantes : les avant-bras et la face dorsale des mains et des doigts sont le siège de prédilection de ces productions. On a observé aussi des papillomes sur une paupière, sur le nez, sur le scrotum et

sur les jambes ; il est probable que ces lésions avaient été développées par le contact des mains sales.

« Toutes ces lésions suivent une marche uniforme ; elles semblent commencer par une petite *papule rouge*, légèrement saillante, à surface lisse et très prurigineuse dès le début. Puis ce papillome augmente de volume et devient plus saillant, plus large et bientôt il présente à son centre une *petite saillie cornée*, dure, du volume d'une tête d'épingle. Si l'ouvrier n'intervient pas par une cautérisation énergique, on voit cette partie cornée centrale s'étendre peu à peu à mesure que la verrue augmente de volume. Ce centre verruqueux atteint ainsi en surface une importance de plus en plus grande.

« Sur les lésions déjà anciennes et par conséquent assez larges (volume d'un demi-pois, d'un haricot), la surface de la verrue présente deux parties bien différente : une centrale noire, irrégulière, sillonnée de crevasses superficielles, d'aspect nettement verruqueux ; une périphérique formant autour de la première une sorte d'auréole saillante, de liseré rouge vif, lisse, d'aspect inflammatoire et qui représente le point où la maladie progresse, tend à s'étendre. Toutes ces lésions, nous le répétons à dessein et tous nos malades insisteront beaucoup sur ce point, sont *excessivement prurigineuses* et troublent fréquemment le sommeil des patients.

« Chez un de nos malades, nous avons observé aussi une production cornée, exagérée au niveau de la sortie des poils. Ces saillies ponctiformes, noirâtres, dures, entourant le poil à son émergence, prédominaient surtout sur le dos de la première phalange des doigts ; on en voyait aussi sur le dos de la main, mais elles étaient beaucoup moins nombreuses que dans le siège précédent. Elles

rappelaient tout à fait les cônes cornés si caractéristiques du *pitiriasis rubra pilaris,* mais sur le reste du corps, on ne trouvait aucune trace de cette affection. »

La peau des avant-bras devient sèche et même un peu rugueuse au toucher; elle est *grise*, *noire*, riche en pigment, coloration d'autant plus apparente, que les ouvriers détruisent avec de l'acide sulfurique leurs papillomes lorsqu'ils prennent trop d'extension, ce qui produit des cicatrices blanchâtres.

Chez un malade qui avait un papillome du scrotum, amenant des démangeaisons insupportables, l'excision suivie de cautérisation avec de l'acide phénique amena une *plaie ulcéreuse* avec une perte de substance considérable. La mort du malade, après un an environ, permit de faire l'examen histologique qui démontra qu'il s'agissait d'un véritable épithélioma ; l'examen histologique du professeur Augier ne laisse aucun doute sur la nature de cette ulcération. Pouvons-nous accepter que le cancroïde s'est développé comme un effet pathogénétique de *petroleum* ou devons-nous simplement penser que le petit papillome pathogénétique a agi chez un sujet prédisposé comme le point de départ, la cause occasionnelle nécessaire au développement de l'épithélioma? Nous n'avons pas à résoudre cette question ici ; nous n'avons qu'à retenir ce fait de matière médicale, que le pétrole produit un papillome et tout au moins favorise l'épithélioma s'il ne le produit pas. C'est à nous maintenant de transporter cette donnée dans la thérapeutique et d'essayer *petroleum* intus et extra dans le traitement de l'épithélioma.

Voici deux des observations qui ont servi à la description du papillome des raffineurs de pétrole :

Observation I. — Car..., Jean-Baptiste, âgé de 62 ans, est employé au nettoyage des appareils à distillation dans une raffinerie de pétrole.

C... est occupé à ce travail depuis 16 ans. Il a toujours joui d'une excellente santé et ses antécédants héréditaires ne présentent rien de spécial à signaler.

Le début de son éruption remonte à 5 ou 6 ans. A cette époque, il vit apparaître sur les mains et les bras de petites verrues qui se multiplièrent peu à peu et devinrent le siège de démangeaisons excessivement fortes. Lorsque ces verrues devenaient trop volumineuses, il les cautérisait avec l'acide sulfurique. L'eschare tombée, il restait une plaie qui guérissait avec cicatrice.

Actuellement les deux mains et les avant-bras sont couverts de nombreuses lésions : cicatrices anciennes, verrues à différents degrés de développement, sécheresse et hyperpigmentation de la peau dans les points où il n'y a ni cicatrices, ni verrues.

Ces lésions anciennes et récentes occupent les deux tiers inférieurs de l'avant-bras droit, le tiers inférieur de l'avant-bras gauche, le dos des mains. En ce dernier point, les verrues sont beaucoup moins nombreuses que sur les avant-bras. La paume des mains et la face palmaire des doigts sont absolument indemnes.

Les cicatrices sont blanches, légèrement déprimées, et tranchent vivement par leur éclat blanchâtre sur la peau voisine qui est fortement pigmentée et brune.

Les plus petites verrues (du volume d'une lentille) sont de légères papules, d'un rouge vif, inflammatoire, formant de petites nodosités qu'on sent très bien au toucher. Leur surface est lisse, régulière.

Les verrues d'un volume un peu plus grand (un demi pois environ) font une forte saillie à la surface de la peau; leurs bords sont élevés, saillants et leur face se modifie. Elle est encore lisse, unie, régulière sur presque toute l'étendue de la lésion, sauf au centre où l'on trouve une petite production cornée, dure, rigide du volume d'une tête d'épingle.

L'aspect des avant-bras avec leur coloration brune entremêlée

de taches blanches cicatricielles, et leurs nombreuses saillies verruciformes, est absolument particulier.

Sur la face externe de la jambe droite, vers le tiers moyen, on trouve deux verrues plates, noirâtres et de nombreuses autres papules rougeâtres, de moyen et de petit volume, analogues à celles des avant-bras. Sur la face externe de la jambe gauche, il y en a aussi quelques petites.

Enfin la paupière droite supérieure présente, vers l'angle interne, une verrue du volume d'un demi pois, saillante, avec pointe cornée centrale. Cette verrue est aussi le siège de démangeaisons.

Nous avons examiné avec la plus grande attention le scrotum de cet homme, et nous n'avons pu observer la moindre trace de lésion. Il nous a bien précisé que, depuis le début de la maladie de son compagnon de travail (voir Obs. IV), il avait pris la précaution de se laver les mains avant d'uriner, ou tout au moins de préserver la verge et les bourses au moyen de la chemise. Il était persuadé que le contact avec ces régions de mains enduites de graisses résiduelles et de poussières de coke, n'est pas sans jouer un grand rôle dans la production de l'affection au niveau des organes génitaux.

Sur le reste du corps, la peau est absolument saine, et la santé générale de cet homme est excellente.

Obs. IV. — Cop..., âgé de 61 ans, est employé depuis 15 ans dans une raffinerie de pétrole où il nettoie les appareils à distillation.

Comme ses compagnons de travail, il a présenté des lésions que nous avons déjà étudiées : saillies verruciformes (qu'il cautérisait à l'acide sulfurique), démangeaisons excessivement vives, hyperpigmentation et sécheresse de la peau. Actuellement encore nous pouvons constater des verrues et des cicatrices blanchâtres interposées.

Mais l'affection a suivi, chez cet homme, un processus beaucoup plus grave. Il y a trois ans, en effet, C... remarqua sur les bourses une dizaine de petits boutons, du volume de l'extrémité

de l'auriculaire, à surface irrégulière, sillonnée de crevasses, en tout comparables, nous dit-il, à des verrues.

Ces saillies verruqueuses s'accompagnaient de prurit excessivement vif, qui nécessitait un grattage presque continuel et souvent troublait le sommeil du patient. Ces démangeaisons étaient telles parfois, surtout lorsque le malade était au lit, qu'il se grattait jusqu'à excorier ces boutons et produire des hémorrhagies assez importantes.

Chacune de ces verrues fut excisée par un de nos confrères et touchée ensuite avec une solution phéniquée dont le titre était probablement assez caustique. En effet, cette opération était très douloureuse, suivie d'un mouvement fébrile et amenait même le plus souvent du délire. Aussi ces verrues furent-elles excisées et cautérisées l'une après l'autre, et chacune de ces interventions fut-elle faite à quatre ou cinq jours d'intervalle. Aux endroits ainsi traités, les verrues ne reparurent pas, mais la plaie consécutive à chaque cautérisation persista sans guérir; chacune d'elles gagna peu à peu en surface et en profondeur, jusqu'à constituer l'énorme ulcération que nous pouvons constater le 20 septembre 1889.

Toute la région scrotale est transformée en un vaste ulcère triangulaire dont la base répond au pénil et le sommet à la partie inférieure des bourses. Sur cette ulcération repose la verge presque complètement dénudée. Les bords de l'ulcère sont saillants, taillés à pic, comme formés à l'emporte-pièce. Le fond est lisse, uni, d'une coloration jaune-rougeâtre, et il sécrète une sérosité sanieuse très fétide.

La base de l'ulcère répond, comme nous l'avons dit, au mont de Vénus, dont la partie inférieure a été envahie par le travail destructeur. Ce qui reste du pénil est tuméfié et surplombe la partie malade.

Dans le pli cruro-scrotal gauche, on voit une crevasse qui forme le bord correspondant de l'ulcération et qui s'arrête avant le pli de l'aine. A droite, la crevasse cruro-scrotale est beaucoup plus profonde et simule une énorme brèche faite dans les tissus de cette région. Cette crevasse s'étend un peu sur la région in-

guinale droite. En bas, elle se prolonge jusqu'au pli fessier et atteint la ligne médiane à 1 c. 1/2 en avant de l'anus.

Sur le fond de l'ulcère font saillie deux mamelons bourgeonnants, rougeâtres, saignant au moindre contact. L'un de ces mamelons répond au testicule droit ; c'est une masse ovoïde, du volume d'un œuf de pigeon, complètement privée de peau. L'autre correspond au testicule gauche, celui-ci est encore recouvert d'un peu de la peau scrotale, de la largeur d'une pièce de 2 francs, froncée, présentant quelques poils et limitée par des bords champignonneux, durs.

Sur ces deux mamelons, toujours très rapprochés entre eux, repose la verge qu'on peut reconnaître, après quelques recherches, par sa situation et par la détermination du méat urinaire et du frein. Toute la peau du pénis a, en effet, disparu, sauf une toute petite portion, située à la face inférieure de la verge, près de la base du gland. Ce gland est lui-même doublé de volume, œdématié ; les deux lèvres du méat urinaire sont accolées et il faut chercher quelque temps cet orifice pour le trouver, au sommet des quelques plissements superficiels qui représentent le frein.

Cette vaste ulcération triangulaire présente deux prolongements : l'un au-devant de l'anus, de 2 centimètres de profondeur à bords durs, saillants, non renversés en dehors. L'autre prolongement à bords festonnés, très renversés en dehors, épais, sans infiltration périphérique, se prolonge d'une part sur la verge, d'autre part au-dessous de cet organe, de telle sorte que le pénis paraît comme disséqué et ne tient plus que par l'urèthre et les corps caverneux.

On ne trouve pas de ganglions dans les aines.

L'état général du malade est des plus mauvais : diarrhée, fièvre, délire, amaigrissement considérable; teint jaune-paille. Les forces du malade ont aussi beaucoup diminué ; il lui est impossible actuellement de quitter le lit.

Les démangeaisons toujours vives amènent le grattage, lequel a déterminé déjà trois hémorrhagies : les deux premières sans importance, la troisième plus grave.

Les antécédents héréditaires de ce malade sont bons. Ses pa-

rents n'ont pas succombé à des affections cancéreuses. Il a sept frères ou sœurs plus âgés que lui, et tous bien portants. Un de ses frères, employé comme lui à la raffinerie de pétrole, mais en qualité de chauffeur, jouit d'une excellente santé et, malgré son grand âge, paraît encore très vigoureux.

Les auteurs du mémoire n'ont constaté ces altérations que chez les ouvriers qui nettoient les appareils servant à la distillation du pétrole; ces ouvriers pénètrent dans les appareils ayant encore une haute température, ils les vident des résidus huileux de la distillation et ils détachent le résidu sec de la distillation. Ils ont des vêtements très légers qui sont imprégnés de ces matières grasses exalant une forte odeur de pétrole; l'extraction du coke ou résidu sec produit une poussière assez fine qui se fixe aussi dans les vêtements et sur la peau des travailleurs.

C'est à cette poussière et à une certaine quantité de soude caustique qui y est mélangée, soude qui provient d'une solution mélangée au pétrole pour le purifier, que MM. Derville et Guermonprez attribuent les lésions que nous venons de décrire plutôt qu'au pétrole lui-même.

Nous sommes disposés à croire plutôt à une action pathogénétique du pétrole, parce que nos travaux nous montrent un grand nombre de lésions de la peau survenues sous son influence.

Voici ce que nous trouvons au paragraphe Peau du dernier ouvrage du Dr Allen (1).

« Nodules (chez les ouvriers qui travaillent la parafine) sur les mains, les poignets, les bras, les pieds et les

(1) Handbook of materia medica and homœopathic therapeutics, article Petroleum, page 843.

jambes, et partout où les vêtements sont serrés (les *paumes des mains* et les plantes des pieds étant indemnes) moins à la surface, le cou et les autres parties où les substances huileuses trouvent accès. »

Nous trouvons plus loin « boutons démangeant à l'angle entre le scrotum et la cuisse; croûte dans le pli de l'aile gauche du nez ».

Ces divers symptômes choisis parmi ceux du pétrole se rapportent assez comme aspect et comme siège au papillome décrit par MM. Derville et Guermonpres.

D[r] Marc Jousset.

MEMENTO THERAPEUTIQUE

TRAITEMENT DES CALCULS BILIAIRES.

Les calculs biliaires constituent, comme les calculs urinaires, une lésion habituelle de la goutte. Nous verrons, d'abord, quel est le traitement réclamé par cette disposition à la formation des calculs biliaires; puis, nous exposerons ensuite le traitement des différents accidents déterminés par les calculs : *la colique hépatique, l'hépatite, la cirrhose, la rétention de la bile et la distension de la vésicule*; *l'inflammation, l'ulcération et la perforation des voies biliaires.*

TRAITEMENT DE LA LITHIASE BILIAIRE.

Calcarea carbonica, hepar sulfuris, lachesis, silicea, sulfur et surtout china sont recommandés par les auteurs pour détruire les calculs biliaires.

Les eaux minérales de Carlsbad, de Pougues, de Vichy et la source salée de Vittel ont été employées avec des succès divers, dans le traitement radical de la lithiase biliaire. Mais, c'est surtout le régime qui doit être pris en grande considération dans le traitement de cette maladie. Nous pensons, en effet, que la mauvaise digestion stomacale est la cause la plus habituelle et la plus puissante de la lithiase biliaire ; c'est pour cette raison que les auteurs sont d'accord pour regarder, comme une cause fréquente de colique hépatique, l'usage des substances grasses, des mets indigestes et des alcools ; c'est sans doute aussi pour la même raison qu'un régime sévère a quelquefois suffi à la guérison, ou, au moins, à l'éloignement considérable de la colique hépatique ; telle est aussi l'explication des guérisons complètes que j'ai assez souvent obtenues par le traitement des dyspepsies et, en particulier, par l'usage de *nux vomica* pris une heure avant les deux principaux repas et *graphite* administré une heure après les mêmes repas.

Quant au traitement *pharmaceutique*, il est encore fort peu avancé ; les pathogénésies sont tout à fait insuffisantes pour guider le médecin dans le choix d'un médicament propre à la guérison de la lithiase biliaire ; et la clinique est sans cesse le jouet d'illusions, parce que, on est porté à attribuer à l'action d'un médicament ou à l'usage d'une eau minérale, une guérison qui résulte, tout simplement, de l'évolution naturelle de la maladie. Combien de malades ont chanté les louanges de Vichy ou du *china*, parce qu'ils ont vu leurs coliques disparaître à tout jamais par l'usage de ces médications ; tandis que d'autres malades, présentant un état en apparence analogue ont en vain fait plusieurs saisons de Vichy ou usé du china à toutes doses.

Si on réfléchit que d'autres malades soumis à tout autre traitement, ou même sans aucun traitement du tout, voient disparaître à tout jamais les symptômes de la lithiase biliaire après une ou deux attaques de coliques hépatiques on devra arriver, logiquement, à la condition énoncée plus haut, que la guérison de la lithiase biliaire était souvent due à l'évolution naturelle de la maladie.

China. — Ce médicament a été tout récemment très vanté dans le traitement de la lithiase biliaire ; chez l'homme sain, il produit, à petites doses, des douleurs pressives et des élancements dans les deux hypochondres, ces douleurs augmentent par la marche, la respiration et le moindre attouchement. Ce médicament produit dans l'épigastre des douleurs excessivement violentes avec irradiations vers le cœur, nausées et vomissement. L'ictère et la dyspepsie flatulente appartiennent aux symptômes produits par le china.

Quant à la partie clinique, se sont surtout les médecins américains qui ont fourni le plus de renseignements sur ce point. Le Dr Claude a publié dans le *Bulletin de la Société homœopathique*, un travail d'où il ressortirait que le china continué très longtemps constitue un traitement véritablement efficace de la lithiase biliaire.

Nous avons, malheureusement, constaté assez souvent l'insuccès de la médication par le china, pour qu'il nous soit permis d'accorder à ce médicament, toute l'efficacité qu'on lui reconnaît en Amérique. Ce que nous avons vu de son action nous porte à conclure, qu'il est efficace dans le traitement de la lithiase biliaire, seulement dans les cas où il guérit la dyspepsie, que nous persistons à considérer comme la cause la plus habituelle de la colique hépatique.

TRAITEMENT DE LA COLIQUE HÉPATIQUE.

Chamomilla, belladona, digitalis, arsenicum, bryonia sont les médicaments principaux de la colique hépatique.

Il faut reconnaître qu'aujourd'hui, avec la perfection qu'a atteinte la médication analgésique, nous usons bien rarement des médicaments pendant le cours de la colique hépatique. Le chloral, l'antipyrine et surtout les injections hypodermiques de morphine sont bien trop tentants pour le médecin comme pour le malade, pour qu'on aille essayer des médicaments dont l'action est loin d'être certaine, et est dans tous les cas infiniment plus lente.

Les analgésiques suppriment la douleur au bout de quelques minutes, et le travail d'expulsion des calculs continue, quelques auteurs prétendent même qu'il se fait plus facilement pendant le sommeil du malade, et l'absence de la douleur. Il paraîtrait que la disparition du spasme des canaux hépatiques rendrait plus facile le cheminement du calcul vers l'intestin ; toujours est-il que, dans ces cas, la médication palliative ne présente que des avantages, elle est donc parfaitement justifiée. Nous donnerons, néanmoins, les indications des médicaments de la colique hépatique pour les cas où il existerait quelques empêchements à l'emploi de la morphine ;

1° *Belladona*. — Ce médicament convient à la douleur excessive qui force à se plier en deux, douleur accompagnée de ballonnement considérable et de vomissements.

Doses et mode d'administration. — J'emploie souvent la troisième dilution, il n'y a, cependant, aucun inconvénient à prescrire la teinture mère, 3 gouttes dans

200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les demi-heures.

2° *Chamomilla.* — Ce médicament présente, à peu près, les mêmes indications que le précédent : une angoisse considérable, une agitation qui force le malade à changer continuellement de position, indiquent plus spécialement la camomille.

Doses et mode d'administration. — Ils sont les mêmes que pour la belladone, et on se trouve bien d'alterner ces deux médicaments.

3° *Digitalis.* — Ce médicament a été indiqué par Hartmann ; il convient quand les douleurs très violentes s'accompagnent de sensations comme si la vie allait s'éteindre.

Doses et mode d'administration. — Comme pour belladone.

4° *Arsenicum.* — C'est aussi le médicament de la colique hépatique avec syncopes. Hartmann rapporte le fait suivant : « Le malade est sans connaissance, sa face est « d'une pâleur mortelle, elle est recouverte d'une sueur « froide ; syncopes, efforts de vomissements qui restent « infructueux ». Une seule dose d'arsenicum fit disparaître cet état grave.

Les autres complications de la lithiase biliaire sont : l'occlusion des voies biliaires, la stase biliaire et la rétention, les tumeurs de vésicule biliaire, les perforations et ruptures des voies biliaires et les fistules qui en sont la suite. La plupart de ces complications sont en dehors des traitements pharmaceutiques et relèvent de la chirurgie ; cependant, il faut se rappeler, qu'une rétention de bile, datant déjà de 6 ans, a été guérie, chez un enfant, par de toutes petites doses de calomel continuées longtemps.

Si une perforation ou une rupture se produit, et a pour résultat un épanchement de bile dans le péritoine, les indications thérapeutique sont, comme dans toutes les perforations, l'immobilisation du malade et de l'intestin à l'aide des opiacés à haute dose ; une large couche de collodion étendue sur l'abdomen contribuera à cette immobilisation, et luttera contre le développement de la péritonite, mais, habituellement, tous ces soins sont inutiles, et la mort est la terminaison des ruptures des voies biliaires dans le péritoine.

Parmi les fistules biliaires, la fistule cutanée demande seule un traitement ; ce traitement est purement chirurgical, il consiste dans la dilatation de la fistule et dans l'extraction du calcul avec ou sans broiement préalable. L'extraction se fait à l'aide de pinces ou même, quelquefois, à l'aide d'injections.

TRAITEMENT DE L'ICTÈRE

Il ne sera question ici que du traitement de l'ictère essentiel.

Nous rappellerons que l'ictère essentiel se présente sous trois formes : la forme bénigne, la forme commune et la forme maligne.

Les deux premières formes réclament le même traitement et, du reste, elles guérissent spontanément. Le traitement de la forme maligne, au contraire, présente un grand intérêt et sera exposé dans tous ses détails.

Traitement de l'ictère de forme bénigne et de forme commune.

Les principaux médicaments indiqués sont : nux vomica, chamomilla, china, lachesis, vipera torva, digitalis, chelidonium majus et ricinus.

1 et 2. *Nux vomica et chamomilla.* — Ce sont les deux médicaments principaux de l'ictère. La noix vomique est indiquée par la constipation et la camomille convient, au contraire, quand il existe de la diarrhée. Ces deux médicaments dont la pathogénésie comprend : l'ictère, l'anorexie et l'impossibilité de la digestion ont fait leurs preuves depuis longtemps et leur emploi est sanctionné par l'universalité des homœopathes.

Doses et modes d'administration. — Ces deux médicaments se prescrivent en général à la 6e dilution et sont répétés 4 fois par jour.

3° *China.* — Ce médicament, comme la camomille, convient à l'ictère avec diarrhée ; il est indiqué par une douleur du foie s'aggravant par la pression, un dégoût plus marqué pour la viande, avec amertume de la bouche et pyrosis.

Doses et mode d'administration. — 6e dilution répétée quatre fois par jour.

4° *Venin des serpents.* — La piqûre des serpents détermine l'ictère et la plupart des venins : *Lachesis*, *vipera*, *crotale*, ont été employés dans le traitement de cette maladie. Les venins conviennent surtout dans l'ictère avec constipation. Un goût sucré ou acide dans la bouche, une sensibilité excessive de l'épigastre, des douleurs brûlantes ou incisives dans la région du foie, sont des symptômes qui indiquent les venins, de préférence à d'autres remèdes.

Doses et mode d'administration. — 3e trituration et 6e dilution.

5° *Digitalis.* — La clinique de Beauvais Saint-Gratien renferme un grand nombre d'ictères simples guéris par des doses infinitésimales de digitale. Elle sera donc indiquée, empiriquement, après l'insuccès des autres médicaments. Mais on n'hésitera pas à choisir la digitale de prime abord, quand il existera des vomissements abondants avec une diarrhée cholériforme.

Doses et mode d'administration. — Dans les cas bénins la 3e et 6e dilution. Quand il existe des symptômes cholériformes, deux gouttes de teinture mère dans 200 grammes d'eau ; une cuillerée toutes les deux heures.

6° *Chelidonium majus et ricinus.* — La grande chélidoine et le ricin produisent chez l'homme sain et chez les animaux l'ictère et quelques symptômes hépatiques encore mal déterminés. Le premier de ces médicaments est entré dans la tradition pour le traitement des maladies du foie, depuis la doctrine des *signatures.* L'emploi du ricinus a une origine beaucoup plus récente ; nous le devons à feu Emery, de Lyon. Ces deux médicaments n'ont pas encore d'indications bien précises. On ne devra donc les employer que dans le cas d'insuccès de médicaments mieux indiqués.

Régime alimentaire. — Le régime alimentaire est extrêmement important dans le traitement de l'ictère. Il faut se rappeler que cette maladie étant constituée essentiellement par la rétention de la bile dans le foie, la digestion devient impossible, et l'anorexie, si constante dans cette maladie, démontre bien qu'une diète plus ou moins absolue s'impose aux malades. Du bouillon, du lait

coupé, des œufs peu cuits sont les premiers aliments à prescrire puis, ensuite, les viandes rôties et grillées.

Traitement de l'ictère malin.

L'ictère malin est une maladie excessivement grave et qui le plus souvent se termine par la mort. Cette forme présente deux variétés : une variété foudroyante dans laquelle les symptômes se précipitent et la mort arrive après deux ou trois jours de maladie, et une variété que j'ai appelé à deux périodes. Dans une première période, une durée de un à trois septénaires, on n'observe que des symptômes insignifiants de malaise, d'anorexie, de courbatures ; puis l'ictère apparaît et tous les symptômes se déroulent très rapidement et ont une durée qui n'excède pas un septénaire.

Aconitum, phosphorus, lachesis, arsenicum et mercurius ont été employés dans le traitement de la forme maligne de l'ictère.

1° *Aconitum.* — La pathogénésie de l'aconit présente des symptômes d'ictère grave : jaunisse, hémorrhagies multiples, prostration des forces, agitation, angoisse, délire, mouvement fébrile intense. C'est le seul médicament qui à ma connaissance ait produit quelques cas de guérison.

Doses et mode d'administration. — Dans ce cas, il ne faut pas hésiter à prescrire la teinture mère à la dose de 1 à 2 grammes par 24 heures.

2° *Phosphorus.* — Le phosphore convient surtout à l'ictère malin à deux périodes. Sa pathogénésie ressemble tellement à l'ictère grave que des erreurs de diagnostic ont été commis et qu'on a pris des cas d'ictères graves pour des empoisonnements par le phosphore. Dans la

forme commune de l'empoisonnement, après les premiers symptômes d'épigastralgie et de vomissement, apparaît un calme relatif qui fait illusion; on croit les malades revenus à la santé ; puis, du deuxième au quatrième jour de l'empoisonnement, l'ictère apparaît : c'est le signal des accidents graves. Du huitième au dixième jour, surviennent les vomissements, la fièvre, le délire, bientôt remplacés par le coma, et enfin la mort. Tous ces symptômes ne dépassent pas une durée de douze jours.

Dans la forme hémorrhagique de l'empoisonnement par le phosphore, on observe de même, une première période d'apparence bénigne; puis, les hémorrhagies multiples, les pétéchies, l'ictère, le collapsus et une mort plus ou moins rapide. La lésion du foie, dans l'empoisonnement par le phosphore, rappelle celle de l'ictère grave. A son début, elle est caractérisée par l'hypertrophie du foie, suivie d'une atrophie rapide avec dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques.

Doses et mode d'administration. — Phosphorus doit être administré de la 3e à la 6e dilution.

3° *Lachesis.* — Nous avons déjà vu que les venins déterminaient l'ictère; ils produisent de plus des hémorrhagies multiples. Ils sont donc homœopathiques à l'ictère grave. C'est le lachesis qui a été employé dans ce cas.

L'expérience clinique me manque pour fixer la valeur de ce médicament et les doses les plus appropriées. Il en est de même d'arsenicum et de mercurius qui ont été encore indiqués dans le traitement de cette maladie.

Dr P. Jousset.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Anatomie normale et pathologique des terminaisons nerveuses des muscles. — Cas remarquable de rupture de l'utérus. — Champ d'action du thermo-cautère. — Recherche des cysticerques du tænia inerme dans la chair de bœuf. — Suite de la discussion sur les accidents de la chloroformisation.

I

M. Cornil (24 juin) lit un rapport sur un mémoire de MM. Babes et Marinesco, relatif à la *morphologie et à la pathologie des extrémités nerveuses des muscles.* Ils ne pouvaient négliger, en même temps, de comparer les lésions nerveuses avec celles des fibres musculaires, et ce sont ces rapprochements qui sont surtout intéressants. Un tel travail ne peut s'analyser qu'imparfaitement.

Muscles. — Nous sommes très heureux d'apprendre, par exemple, *qu'il existe une grande analogie entre les lésions histologiques des faisceaux musculaires causées par les microbes et celles qui résultent de toute autre cause :* myopathies primitives, d'origine médullaire ou nerveuse.

Dans les myopathies primitives, les altérations des *fibres musculaires* sont souvent précédées de lésions des *artères musculaires*, dont les parois prolifèrent et s'entourent d'une couche de cellules embryonnaires. Le tissu in-

terstitiel devient riche en cellules, les lymphatiques se dilatent, puis la gaine du sarcolemme s'hypertrophie et les faisceaux musculaires se dissocient, pour aboutir enfin à une dégénérescence hyaline totale ou partielle. D'autres fois, les fibres se fragmentent, deviennent vasculaires ou graisseuses, ou bien sont étouffées par la sclérose du tissu conjonctif interstitiel.

Mais les lésions vasculaires, si primitives qu'elles soient en pareille circonstance, peuvent être déterminées elles-mêmes par une altération préexistante des cornes antérieures de la moelle, par une sclérose des ganglions cervicaux du sympathique.

L'*hypertrophie du cœur* de l'adulte est une *pseudo-hypertrophie*, caractérisée par la sclérose interstitielle, parfois la dégénérescence hyaline des fibres, avec bandes transversales.

Les bandes ou disques hyalins se retrouvent dans les *métrites* et au voisinage des *tumeurs utérines :* les fibres *lisses* sont donc affectées de la même manière que les fibres *striées*.

Plaques motrices. — Douze jours après la section du sciatique du lapin, les auteurs ont vu les noyaux fondamentaux de la plaque proliférés et hypertrophiés. On constatait parallèlement la multiplication des noyaux de la gaine des fibres nerveuses terminales, puis la dégénérescence des éléments cellulaires, la fragmentation et l'état embryonnaire des petits nerfs musculaires. La réparation commence aussitôt après l'apparition de faisceaux ombellés de nerfs de nouvelle formation : le rudiment de la plaque nouvelle s'aperçoit déjà sous forme de un ou plusieurs boutons terminaux.

Chez l'homme, on a observé l'atrophie, l'hypertrophie,

la fragmentation, l'état embryonnaire ou même la disparition totale de la plaque terminale.

Hypertrophie et atrophie accompagnent les états semblables de la fibre musculaire.

Même remarque pour la *sclérose* : ainsi, dans la *sclérose amyotrophique de Charcot*, on trouve une sclérose des petits nerfs musculaires et des nerfs sous-cutanés, avec *névromes fusiformes* le long des nerfs. Dans un cas de *névrite périphérique*, il y avait une prolifération excessive des noyaux de la plaque.

II

Nous voici ramenés à la médecine pratique avec le rapport de M. Guéniot sur une observation du Dr Thévard intitulée : *Cas de rupture totale des insertions vaginales sur le col de l'utérus*. La Commission de l'Académie n'a point adopté l'interprétation anatomique de notre confrère de Savigny-sur-Braye, mais cela ne change rien à l'intérêt clinique du fait, nouvelle preuve de l'intensité de la résistance vitale en de certaines circonstances.

Le sujet est une femme rachitique, secondipare qui, le 9 avril dernier, étant en plein travail, vit celui-ci s'arrêter à la suite d'une douleur plus violente que les autres, et suivie d'une perte sanguine légère et d'un hoquet persistant. Appelé six heures après l'accident, M. Thévard reconnut un rétrécissement très prononcé du bassin et la présence, au détroit supérieur, d'une masse molle qui lui parut être le placenta. La nuit suivante, des vomissements apparurent ; mais les symptômes étaient si peu alarmants qu'un confrère, le Dr Deneux, appelé le lendemain, ne voulut pas croire à une rupture de l'utérus diagnostiquée par M. Thévard. Aussi, l'extraction fut-elle tentée par les

voies naturelles. On put enlever d'abord le placenta, puis le tronc : la tête, impossible à avoir, fut abandonnée, après décollation. Voilà donc M. Thévard forcé de recourir à la laparotomie, par laquelle il avait formé le projet de commencer. A l'ouverture du péritoine, on rencontra de suite la tête, mais pas trace d'utérus. On finit par le découvrir sous la face inférieure du foie, ayant la couleur lie-de-vin : on constata alors que le col était entouré d'une collerette, qui sembla constituée par les lambeaux des attaches vaginales rompues. L'utérus fut remis en place, l'abdomen recousu, et l'antisepsie pratiquée, faute de mieux, avec l'eau-de-vie que l'on trouva dans la maison. Notons que l'on n'avait pas donné de chloroforme, et que, dans cette suite de manœuvres d'une durée totale de une heure un quart, pas une plainte n'avait été proférée.

Il paraîtra incroyable à ceux de nos confrères qui n'ont pas pratiqué la chirurgie à la campagne, d'apprendre qu'au bout de deux mois, non seulement cette malheureuse était parfaitement rétablie, mais encore qu'elle fut en état de se rendre à Paris et de se présenter devant l'Académie. L'examen, fait par plusieurs de ses membres, montra que le col utérin était dépourvu de toute saillie, mais que la muqueuse vaginale, à son insertion sur le col, n'offrait aucune trace de cicatrice. C'est pourquoi on s'est refusé à admettre l'interprétation de M. Thévard. Il ne peut s'agir alors que d'une *déchirure de l'utérus*, produite sur la paroi antérieure, à la jonction du corps et du col, juste au-dessous de l'anneau de contraction, de sorte que ni le vagin, ni la vessie, n'auraient été intéressés ; les bords, très déchiquetés de la déchirure en auraient imposé pour le reste des insertions vaginales.

La morale à tirer de cette curieuse histoire, c'est qu'à la campagne, les ressources fournies par la résistance vitale et aussi par le milieu ambiant, sont telles qu'il ne faut désespérer de rien. L'audacieuse énergie de M. Thévard mérite de trouver plus d'imitateurs : en ma qualité de vieux médecin de campagne, j'ai vu des choses inouïes, parmi lesquelles je ne veux citer ici qu'un cas d'opération césarienne faite, dans un rétrécissement excessif du bassin, après je ne sais plus combien de jours de travail, par un praticien qui n'en avait jamais vu, avec un couteau quelconque, sans aucune antisepsie, sans aucun soin consécutif : il n'y eut même pas trace de fièvre. Une autre fois, c'était une sage-femme qui, appliquant le forceps, perfora le cul-de-sac de Douglas et attira au dehors une longue anse d'intestin, laquelle resta, jusqu'au lendemain, pendante entre les cuisses. Alors seulement, l'accouchement fut terminé et l'intestin rentré : guérison parfaite et rapide, sans incident. On ne se fait pas une idée des résultats que l'on pouvait obtenir à la campagne, avant l'antisepsie ; mais il ne fallait pas s'y fier d'une manière absolue, et, de temps à autre, on n'en avait pas moins de formidables mécomptes.

III

M. Panas voudrait arriver à remplacer totalement le *galvano-cautère* par le *thermo-cautère*. Non seulement, à l'aide de fins couteaux, on peut se mettre suffisamment à l'abri de la chaleur rayonnante reprochée au dernier instrument ; mais l'ingéniosité de M. Paquelin a trouvé un moyen de se mettre à l'abri des hémorrhagies, pour l'extirpation de tumeurs très vasculaires, c'est-à-dire dans les

cas où l'anse galvanique conservait une supériorité peu contestée.

Il a suggéré à M. Panas l'idée de commencer, dans ces cas, par appliquer un *serre-nœud de Græffe*, d'étrangler ainsi la base de la tumeur et de ne procéder à la section ignée de celle-ci, au couteau rougi, qu'au fur et à mesure qu'on rétrécissait l'anse du serre-nœud. Par ce procédé, M. Panas a pu enlever une moitié de langue cancéreuse, avec l'amygdale correspondante, une partie du voile du palais, sans effusion de sang, en se passant de la résection préalable du maxillaire inférieur : deux anses de fil de fer avaient été appliquées, l'une par la région sus-hyoïdienne.

Le grand avantage du thermo-cautère, c'est qu'en même temps que le maniement en est infiniment plus facile, on en gradue l'action à volonté, ce qui n'est pas possible avec l'anse galvanique.

IV

M. Laboulbène présente le résultat de ses *observations sur les cysticerques du* TÆNIA INERMIS *humain, dans les muscles du veau et du bœuf.*

L'intérêt de cette communication vient de ce fait que le tænia *solium* est devenu de plus en plus rare à Paris, tandis que le tænia *inerme* tend à le remplacer ; aussi bien, le premier vient-il du porc, pour lequel on applique rigoureusement les règlements administratifs, tandis que le second provenant du bœuf, sa fréquence s'explique par l'habitude de manger de la viande crue ou saignante ; fait étrange cependant, personne, ni en France ni en Angleterre, n'a vu directement les cysticerques du bœuf.

Comme leur fréquence ne fait pas doute, il doit y avoir quelque chose qui empêche de les reconnaître. Pour étudier la question, l'auteur a fait ingérer à des animaux des *cucurbitains* de tænias inermes : ils ont été aisément infectés. Sur les muscles d'animaux tués le matin, il a, dès lors, été facile d'apercevoir les cysticerques allongés, dirigés dans le sens longitudinal, et on les retrouvait, plus nets encore, le lendemain, si on avait pris la précaution de plonger le muscle dans l'alcool. Mais, il était impossible de les voir de nouveau sur un fragment du même muscle laissé à l'air. Les vésicules du bœuf ladre ont donc la singulière propriété de disparaître au contact de l'air, d'où il résulte, avec non moins d'évidence, que l'inspection de la viande de boucherie est inefficace, au point de vue de la ladrerie du bœuf. Toutefois, M. Laboulbène espère, dans une prochaine communication, donner le moyen de pouvoir toujours reconnaître la ladrerie dont il s'agit.

V

La discussion sur les *accidents de la chloroformisation* continue. En donner les lignes générales, accompagnées de réflexions critiques — qui ne seraient que l'expression de notre opinion personnelle — n'apprendrait rien au lecteur, lequel a besoin de se faire une opinion individuelle, avec les pièces du procès sous les yeux. Nous résumerons donc les discours, comme nous l'avons déjà fait.

Tandis que M. Laborde, faisant fi de la clinique, entendait rendre la physiologie entièrement maîtresse de la question, M. François Franck, qui est un pathologiste distingué, ne croit pas ravaler la physiologie en la mettant

au point. C'est dire qu'il ne demande à la méthode expérimentale, ici comme toujours, que l'analyse et le contrôle des phénomènes indiqués par l'observation. Aussi bien, l'honorable académicien a-t-il eu cette bonne fortune de ne voir contester aucune de ses assertions par M. Verneuil, et de recevoir cet hommage du grand chirurgien : « En l'écoutant l'autre jour, je me demandais s'il parlait en homme de laboratoire ou en clinicien expérimenté; j'ai fini par m'apercevoir qu'il réunissait les deux aptitudes et jetait un trait d'union entre les deux. » L'éloge est assez rare pour être retenu.

M. Franck a donc fait deux communications considérables sur les *accidents de la période initiale* et sur ceux de la *période d'absorption.*

On ne peut plus concevoir aucun doute sur le mécanisme de la mort brusque que l'on observe quelquefois, dès les premières, ou même à la première inspiration : ce sont des actes réflexes partis des muqueuses si sensibles des fosses nasales et du larynx, car la section ou l'insensibilisation des nerfs trijumeaux et laryngés supprime ces accidents. Il ne faut pas, cependant, qualifier d'inhibitoires, en bloc, tous les troubles produits, parce qu'il y a lieu de distinguer ceux qui se produisent dans l'*appareil respiratoire*, dans les *vaisseaux* et dans le *cœur.*

Tout d'abord, les troubles respiratoires réflexes de cette période sont plus souvent d'ordre *spasmodique :* il y a spasme laryngé, spasme des bronches, spasme des vaisseaux pulmonaires. Ce n'est que très exceptionnellement que l'on a observé l'inverse, c'est-à-dire la sidération de la respiration, correspondant à l'effet maximum de l'irritation périphérique : c'est cet effet que Brown-Séquard a décrit sous le nom d'*inhibition respiratoire.*

M. Franck a étudié les troubles vasculaires, tant sur l'homme que sur les animaux, d'où la valeur de ses conclusions. Dans toutes les régions qui ont pu être soumises à l'exploration, il a observé un *spasme énergique des artérioles,* aussi bien dans les membres qu'au tronc ou au poumon et au rein. L'augmentation de pression artérielle qui en résulte est considérable. Par une opposition paradoxale, les artères de la tête subissent une vaso-dilatation des plus accentuées, dans la profondeur comme à la surface : c'est, en fait, une sorte de dérivation plutôt bienfaisante.

Déjà surchargé et affaibli par l'excès si rapide de pression sanguine, le cœur peut être inhibé par suite de l'irritation naso-laryngée ; mais le phénomène essentiel, c'est que le myocarde est relâché, tout à fait flaccide.

La brusquerie et l'intensité de l'impression naso-laryngée sont les conditions essentielles de la production des accidents initiaux, sous leur forme grave, par la provocation du double réflexe d'arrêt cardiaque et respiratoire. Le chloroforme doit donc être approché graduellement des narines et respiré tout d'abord en très petite quantité: tous les chirurgiens le savent et se gardent bien, maintenant, de sidérer le malade. Mais l'on sait aussi que l'impressionnabilité des centres d'arrêt du cœur varie énormément suivant les sujets. En dehors de conditions individuelles exceptionnelles que l'on ne peut apprécier au laboratoire, la production des réflexes dangereux est influencée par des conditions pathologiques que M. Franck s'est efforcé de reproduire sur les animaux.

En tête des influences nuisibles, sous ce rapport, se placent les *altérations nutritives du myocarde,* puis vient l'*insuffisance aortique large*, tandis que celle qui est légère

et récente semble dépourvue d'influence notable. Quant à l'*insuffisance mitrale*, l'expérimentation a confirmé l'observation déjà faite sur l'homme, à savoir qu'elle n'a que peu de retentissement en pareil cas.

Toutefois, l'auteur a provoqué beaucoup plus souvent les *insuffisances tricuspidiennes* expérimentales ; les accidents initiaux du chloroforme sont fréquents à leur suite, et paraissent plutôt dus au spasme bronchique. Ces expériences n'ont, chez l'homme, qu'une application restreinte, parce que l'insuffisance tricuspidienne primitive, pure, y est fort rare, et que les conditions de la lésion secondaire sont infiniment plus complexes. On ne peut conclure ici des animaux à l'espèce humaine que par un *a fortiori* très légitimement fondé.

Les premières inhalations nasales de chloroforme ont produit des accidents mortels sur des chiens et des lapins chez lesquels on avait déterminé des *pleurésies* et des *pneumonies* expérimentales, et le danger de ces affections pour l'homme ne saurait faire doute.

Il est permis de demander à l'expérimentation des lumières au sujet des *conditions susceptibles d'atténuer les accidents initiaux*. C'est ainsi qu'en outre des précautions à prendre pour les premières inspirations, on a étudié les moyens de diminuer : 1° la *sensibilité périphérique* ; 2° l'*excitabilité centrale* ; 3° l'*activité des appareils nerveux d'arrêt du cœur*.

1° Le badigeonnage à la *cocaïne*, des muqueuses du nez et du larynx est utile chez les animaux et peut être essayé sans inconvénient chez l'homme.

2° Pour diminuer l'excitabilité centrale, la *morphine*, indiquée par Claude Bernard, certainement avantageuse, a ses inconvénients et ses dangers qui la font sou-

vent repousser des chirurgiens. Les mêmes dangers, M. Franck les a observés chez les animaux, avec des petites doses de morphine. L'association de cet alcaloïde deviendra donc difficilement une méthode générale.

3° L'*atropine* est le poison *vago-paralysant* par excellence, et supprime merveilleusement l'action des nerfs d'arrêt du cœur. Mais il faut de hautes doses, et l'atropine n'est presque jamais supportée par l'homme. Son association, cependant, recommandée par MM. Dastre et Morat, a réussi à un certain nombre de chirurgiens ; mais M. Franck observe avec raison que les doses employées sont incapables de supprimer l'action cardio-modératrice du pneumogastrique. Le bénéfice, dont on argue, tient sans doute à ce que l'injection contient également de la morphine. L'atropinisation fut-elle réalisée, ce qui ne peut être, que les accidents respiratoires seraient toujours possibles, ceux du cœur étant seuls conjurés. Il en résulte que le moyen proposé est théoriquement insuffisant et pratiquement irréalisable. Enfin, le seul moyen inoffensif, dont on puisse constamment user, est le badigeonnage préalable à la cocaïne, qui atténuera toujours la sensibilité périphérique, origine des réflexes, en ayant soin de ne faire respirer le chloroforme que très lentement, et tout d'abord en quantité minime.

M. Franck arrive à la seconde partie de son exposé : *les dangers offerts par le chloroforme absorbé.*

Les effets consécutifs à l'absorption comprennent *deux périodes* : une d'*excitation* niée à tort par *P. Bert*; une de *dépression*. Qu'elle se traduise, ou non, par des réactions motrices violentes, la période se caractérise essentiellement par l'*exagération de tous les réflexes*. Toute intervention pendant cette période, avant que la chloroformi-

sation n'ait été poussée à fond, est dangereuse, par conséquent. Mais encore, faut-il savoir que les réflexes d'arrêt du cœur restent excités pendant quelques instants après la résolution musculaire apparente : il y a là une phase intermédiaire extrêmement dangereuse, et c'est celle des morts subites, lorsqu'on commence trop tôt une opération douloureuse. La coutume qu'ont les chirurgiens prudents de ne commencer que *quand le réflexe cornéen est complètement aboli*, est donc absolument démontrée vraie par la physiologie.

La morphine, injectée à petites doses, a le pouvoir de rendre la période d'excitation moins accusée et moins durable ; mais ses dangers ont été signalés plus haut. M. Franck signale un autre moyen d'abréger l'excitation qui se prolonge démesurément : c'est de *substituer un moment l'éther au chloroforme*; on voit alors la respiration se calmer à l'instant, et il suffit ensuite de quelques inhalations de chloroforme pour que l'anesthésie devienne absolue.

La *période opératoire*, chacun le sait, est celle qui succède à l'insensibilité de la cornée : tous les réflexes sont graduellement atténués ou suspendus. L'expérience démontre alors que les parties contractiles du tissu pulmonaire cessent de réagir, pendant que l'*action automatique des centres bulbaires* continue. La *contractilité des vaisseaux pulmonaires* est atténuée proportionnellement, de sorte qu'en ce qui concerne l'appareil respiratoire, l'anesthésie peut être continuée très longtemps, *à la condition que la dose tolérable du chloroforme ne soit pas dépassée*.

Du côté de l'appareil circulatoire, la caractéristique de cette période est donnée par l'*annihilation des nerfs d'arrêt*, de sorte que le cœur continue à fonctionner régulièrement

sans être influencé par aucune sensation périphérique, comme s'il était isolé du reste du système nerveux. Les *nerfs accélérateurs* du cœur eux-mêmes perdent peu à peu leur excitabilité, un certain temps toutefois après les modérateurs.

Le *système vaso-moteur* également perd graduellement son excitabilité motrice réflexe, mais en troisième lieu et moins complètement. La *pupille* dilatée pendant la période d'excitation, se resserre rapidement dès que le calme s'établit, mais n'est complètement resserrée que quand l'anesthésie est confirmée. Elle se dilate, ou plutôt commence à le faire, aussitôt que la sensibilité tend à reparaître, de sorte que son état est un excellent guide. Sa contraction est encore un gage de sécurité, parce que les accidents toxiques graves sont annoncés par une dilatation paralytique, que sa grandeur empêche de confondre avec un commencement de retour de la sensibilité. C'est le moment de suspendre les inhalations et de veiller au cœur.

L'analyse que fait M. Franck des *accidents d'intoxication* n'est pas moins instructive : ces accidents dépendent beaucoup plus de la rapidité de l'absorption que de la quantité absorbée. On sait, et M. Laborde l'a bien montré que c'est la *syncope respiratoire* qui tue d'ordinaire, dans le cours de la période opératoire : c'est la vérité. Aussi la *respiration artificielle* a fait revivre un grand nombre de patients qui semblaient perdus ; mais ce que l'on ne sait pas c'est que, s'il y a des cas où malgré tout, la mort est définitive, cela tient à ce que le chloroforme agit aussi comme poison direct du cœur, alors qu'on supposait que son affaiblissement était toujours consécutif à celui de la respiration. L'auteur a démontré, en effet, que la fibre

musculaire du cœur subissait l'action toxique directe du chloroforme circulant dans le sang, indépendamment du système nerveux central. Aussi l'organe ne subit-il pas, en pareille circonstauce, d'arrêt instantané, ni total d'emblée. L'arrêt s'annonce de loin par l'*affaissement du pouls artériel*, la distension croissante des jugulaires et la suppression de leurs battements, *les oreillettes s'arrêtant les premières*. d'où l'intérêt de surveiller le pouls carotidien et le pouls jugulaire. Il résulte de là un fait que les expériences sur les animaux ont mis en pleine lumière, à savoir que toutes les affections ayant eu pour conséquence d'affaiblir notablement le myocarde, pourront rendre le chloroforme mortel pour le cœur, même à la période de l'anesthésie dans laquelle on pouvait se croire à l'abri d'une syncope cardiaque. Par le fait, les *dégénérescences du myocarde* sont beaucoup plus dangereuses que les lésions valvulaires qui en sont encore exemptes.

Il n'en reste pas moins établi que la *respiration artificielle* est le moyen véritablement efficace de rétablir la respiration interrompue au cours de la période d'anesthésie complète, l'*électricité faradique* étant plutôt dangereuse, lorsqu'on ne l'emploie pas uniquement dans le but d'aider à rétablir la respiration, ainsi que Vulpian l'a indiqué. La faradisation, alors, vient en aide aux manœuvres externes tendant à rétablir les mouvements mécaniques de l'inspiration. Mais ces moyens mécaniqnes sont souvent insuffisants, et il ne faut pas hésiter en cas de *syncope respiratoire*, à pratiquer l'*insufflation pulmonaire*. De bouche en bouche, elle est inefficace : on devrait avoir, et cela serait facile dans les salles d'opération, une *sonde laryngée* et un simple *soufflet à pédale*. Mais l'insufflation est facilitée, au delà de tout ce que l'on pourrait dire, par

la *trachéotomie* : le moindre tube suffit alors, et M. Franck connaît pour y avoir assisté, deux cas désespérés que la trachéotomie a permis de rappeler à la vie. Il est entendu, que, pendant l'insufflation, et en même temps qu'elle, on ne néglige pas de favoriser le rétablissement de la respiration par des *manœuvres externes*. Ces manœuvres suffisent, au contraire, contre les arrêts de respiration de la période initiale.

Telles sont, brièvement mais fidèlement résumées, les deux communications de M. Franck, qui sont, à mon avis, ce qui a été jamais dit de plus clair, de plus exact et de plus complet sur l'anesthésie chloroformique. Tout le monde comprend le beau rôle de la physiologie, mise avec cette intelligence au service de la clinique.

M. Léon Le Fort, impressionné sans doute par l'abus que l'on en fait, n'admet pas l'intervention de la physiologie dans la question de la chloroformisation. Ses conclusions sont cependant de celles que la physiologie corrobore : « Evitez au malade, dit il, toutes les émotions. Endormez-le, si c'est possible, en dehors de l'amphithéâtre, ne commencez à l'opérer que lorsqu'il sera bien endormi ; ne laissez pas toucher, avant que l'anesthésie ne soit complète, à la région opératoire. Mais avec tout cela, vous ne supprimerez pas tous les cas mortels. »

M. Verneuil revient à la charge, mais ne veut pas éterniser le débat entre les cliniciens et les physiologistes. Convenons, pour être juste, que si M. Verneuil avait provoqué ces derniers, M. Laborde a relevé le gant d'une façon tellement vive que la cause de la physiologie était bien près d'être perdue, sans l'intervention de M. F. Franck, lequel a séduit et convaincu tout le monde. Il résulte de là que l'orateur ne peut plus s'en prendre

qu'à la personne même de M. Laborde, qui « a malmené en sa personne les simples cliniciens et les modestes observateurs ». La querelle est trop personnelle pour que nous nous y engagions. Le savant chirurgien n'en fait pas moins, chemin faisant, la critique des moyens proposés pour éviter les accidents. L'adjonction de la morphine, reconnue dangereuse, doit sans doute nous être réservée pour certains alcooliques. Y ajouter encore l'atropine est évidemment accroître considérablement le danger : la preuve, c'est que trois malades, au moins, y ont déjà succombé, si restreinte que cette pratique ait été jusqu'ici. Aussi bien pourquoi ajouter au chloroforme, assez dangereux par lui-même, un autre poison ? Et cela, dans le but de prévenir des accidents très rares. Aux critiques déjà faites de mélanges titrés de Paul Bert il convient d'ajouter celle-ci : le principe d'un mélange fixe est mauvais, parce que les susceptibilités individuelles sont extrêmement variables, que la dose qui convient à Pierre pourrait tuer Jacques. A la respiration artificielle indiquée par les orateurs précédents il faut ajouter l'*inversion* si chaleureusement recommandée par Nélaton.

Ayant déchargé ce qu'il avait sur le cœur, M. Verneuil demande que l'on signe un traité de paix, et que, physiologistes et médecins, réconciliés, travaillent à éclairer les derniers points obscurs ou indécis.

Après quelques remarques de M. Alphonse Guérin, M. Léon Labbé a eu l'honneur de clore la discussion par le résumé net et frappant de sa pratique qui est une des plus considérables, et dont l'importance est augmentée par ce fait qu'en ville, le chirurgien de Beaujon fait constamment administrer le chloroforme par un de ses anciens élèves, le Dr P. Boncour. L'expérience joue un tel

rôle dans les résultats que, depuis huit ans, sur un chiffre de plus de mille chloroformisations pratiquées en ville, M. Labbé n'a eu qu'une seule alerte insignifiante, tandis qu'à l'hôpital, où les internes les mieux intentionnés changent chaque année, il a eu plusieurs fois à combattre des accidents sérieux. Mais aussi, c'est qu'il a adopté une méthode, exposée par lui dès la discussion de 1882, méthode qui était alors en contradiction avec tout ce que l'on faisait, tandis que presque tout le monde l'a adoptée depuis. Elle consiste à *donner le chloroforme à doses infiniment petites, de la façon la plus continue possible, sans la moindre intermittence*, autant du moins que cette condition peut se réaliser. C'est l'opposé de la méthode des intermittences et des doses massives, préconisée par GOSSELIN, dans cette même discussion de 1882.

Il est remarquable qu'on puisse, avec une quantité de chloroforme n'atteignant *à peine que* 15 *à* 20 *grammes* par heure, maintenir une anesthésie complète, et il y faut assurément un praticien expérimenté. Dans ces conditions, il est évident que la proportion des vapeurs de chloroforme, par rapport à l'air, est restreinte, et que l'on est certain de n'*accumuler jamais dans le sang que des quantités minimes de l'agent anesthésique*.

Etant donné que les accidents réflexes du début sont les plus redoutables, et dans l'impossibilité d'apprécier le degré d'impressionnabilité du patient, il convient d'agir comme si l'on avait sous les yeux le type le plus défavorable. Le premier point est, par conséquent de *ne point surprendre le malade* et de n'approcher tout d'abord de l'entrée des voies respiratoires, qu'une compresse chargée de *quelques gouttes de chloroforme*. Alors, les syncopes réflexes ne s'observent pas, et il n'y a plus qu'à continuer

comme on a commencé, avec les doses les plus faibles. De nombreuses observations de malades endormis autrement, dans des opérations précédentes, démontrent la supériorité de la méthode ; les accidents sérieux d'une première chloroformisation ne sont pas reproduits.

Le Dr Labbé a autrefois recommandé lui-même l'association de la morphine : il pense aujourd'hui que ces méthodes mixtes sont au moins inutiles. Les mélanges titrés et leurs appareils compliqués n'offrent pas plus d'utilité : la méthode des doses minuscules et continues remplace avantageusement tout cela.

Les *grands accidents*, quand ils arrivent, sont tellement instantanés qu'il est impossible de discerner tout d'abord s'ils sont cardiaques ou respiratoires. *Il ne faut pas perdre une seconde* et mettre en œuvre les deux grands moyens que nous possédons, à savoir l'*inversion du corps* et la *respiration artificielle*. La dernière est le moyen par excellence, *pourvu qu'on y ait une confiance illimitée*. Une fois, à Beaujon, M. Labbé dut la continuer pendant 28 minutes, avant d'arriver à rétablir la respiration; mais, ensuite, on put continuer le chloroforme pendant cinq quarts d'heure.

La péroraison de cet excellent discours pratique, résume admirablement la pensée de tous : *il reste beaucoup à faire pour éviter des accidents possibles*.

« Chez l'homme, la mort pourra quelquefois survenir pendant l'anesthésie, sans que personne ait le droit de mettre en jeu la responsabilité de l'opérateur.

« *Le chirurgien qui affirmerait qu'il est absolument certain de voir, à tout jamais, ses malades échapper aux accidents mortels de l'anesthésie outrepasserait les limites de la vérité.* »

M. Verneuil se lève pour affirmer son adhésion complète aux idées et à la pratique de son collègue, et la discussion est close.

D[r] PIEDVACHE.

REVUE DES JOURNAUX

I. — PROPRIÉTÉS DU SUC GASTRIQUE CHEZ LES FÉBRICITANTS.

Des expériences très intéressantes ont été faites sur ce sujet par le D[r] S. Botkine. Elles ont porté sur douze malades dont sept étaient atteints de fièvre typhoïde, deux de typhus, un de fièvre intermittente et deux de pneumonie fibrineuse.

Les résultats obtenus sont basés sur plus de trois cents expériences faites d'après la méthode d'Ewald. On examinait l'acidité générale du suc gastrique, la quantité d'acide chlorhydrique et d'acide lactique, la quantité d'albumine coagulable par la chaleur, la quantité de propeptone, de peptone, de ferment de présure, la réaction de Lugol et la force digestive du suc gastrique.

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

Les modifications du suc gastrique ne sont pas en relation avec la forme de la maladie fébrile.

Le suc gastrique des fébricitants présente les caractères suivants : son acidité est notablement diminuée, ainsi que la quantité d'acide chlorhydrique qui, dans beaucoup de cas fait même entièrement défaut.

L'élévation de température coïncide ordinairement avec une absence d'acide chlorhydrique, mais il y a des exceptions. Les propriétés chimiques du suc gastrique ne

sont pas en relation avec l'état de la langue, ni avec l'apparition de l'appétit, ni avec les fonctions des intestins.

Le degré des modifications du suc gastrique est, au contraire, en relation directe avec la gravité de la maladie fébrile et avec la résistance du malade.

Après une absence complète de l'acide chlorhydrique pendant la période fébrile de la maladie, cet acide fait tout d'un coup son apparition et en quantité abondante; mais les jours suivants la quantité diminue de nouveau, et ce n'est que peu à peu qu'elle devient normale. Ce phénomène rappelle les sueurs critiques et les urines abondantes qu'on observe dans les dernières périodes des maladies fébriles.

L'acide lactique est également diminué, mais ne fait jamais défaut.

En cas d'absence d'acide chlorhydrique, la quantité d'albumine coagulable par la chaleur est toujours très petite.

Les modifications du suc gastrique chez les fébricitants se font dans l'ordre suivant: d'abord c'est l'acide chlorhydrique qui disparaît, puis le ferment de présure, puis c'est la pepsine qui diminue, mais celle-ci ne disparaît jamais complètement.

II. — Inhalations d'air chaud dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

On a fait beaucoup de bruit autour de la méthode préconisée par le D[r] Weigert, qui prétendait tuer le bacille de la tuberculose par l'inspiration de l'air porté à une haute température. Malheureusement les résultats obtenus par plusieurs médecins qui ont expérimenté cette méthode, sont loin d'être satisfaisants. La question impor-

tante était de savoir si l'inspiration d'air surchauffé peut arrêter le développement des bacilles dans les poumons d'individus vivants.

Chez quatre malades atteints de tuberculose et traités par le Dr Trudeau par la méthode du Dr Weigert, pendant des périodes variant de un à quatre mois, les recherches bactériologiques ont donné les résultats suivants : dans tous les cas observés, le bacille qui existait au début du traitement, se retrouvait après dans les crachats des malades. On fit des inoculations sur des lapins avant, pendant et après le traitement pour constater le degré de virulence des crachats, et on trouva que les crachats d'un des malades qui éprouva une amélioration après quinze semaines ininterrompues d'inspirations journalières d'air chaud, produisirent la tuberculose, chez ces animaux, au même degré et dans la même proportion que les crachats pris et inoculés avant l'emploi du traitement. D'autre part, le Dr Korkouoff a soumis six tuberculeux à ce traitement.

Deux de ces malades avaient la tuberculose pulmonaire; un avait en même temps une tuberculose intestinale; deux une tuberculose pulmonaire laryngée. On avait choisi exprès des malades atteints d'une tuberculose des parties supérieures des organes de la respiration. On pouvait donc être sûr, chez ces malades, qu'au moins au palais et au larynx, l'air arriverait assez chaud. Eh bien, même dans ces conditions, le résultat du traitement fut nul. Sous son influence l'état des malades s'est plutôt aggravé qu'amélioré. L'auteur conclut que le procédé de Weigert n'a aucune influence ni sur la tuberculose pulmonaire, ni sur la tuberculose laryngée. Au contraire, la respiration forcée qu'exige cette méthode,

fatigue les malades et contribue au développement plus rapide de la maladie.

III. — Tuberculose des vaches.

D'après la théorie de Koch, les vaches atteintes de tubercules sur les parties qui secrètent le lait, offriraient seules un danger de contagion.

Le Dr Ernst, de Jamaica Plain, qui a été chargé de surveiller une longue série d'expériences sur le lait de vache, est arrivé à formuler des conclusions bien différentes; selon lui, le lait de vaches atteintes de tuberculose dans n'importe quelle partie du corps peut contenir le virus de la maladie; le virus existe, bien que le pis ne soit pas toujours attaqué. Il n'y a pas lieu d'affirmer qu'une lésion du pis est nécessaire pour que le lait soit contaminé par l'infection des tubercules; on a constaté, au contraire, dans nombre de cas, la présence dans le lait du bacille de la tuberculose, sans pouvoir découvrir de lésion apparente sur le pis.

IV. — Effets du syzigium jambolanum sur le diabète artificiel.

Le Dr Græser a fait quelques expériences dans le laboratoire du professeur Binz, à Bonn, avec l'extrait du fruit du *syzigium jambolanum*, arbre de la famille des myrtacées.

Pour éprouver sûrement son action, et pour se rendre compte de son degré d'influence sur le diabète artificiel et de ses effets toxiques, l'auteur a rendu diabétiques quelques chiens avec du phloridzine. En administrant 2 gr. 5

à 4 gr. 8 de phloridzine par jour à de jeunes chiens, pesant 2 kilog. 700 gr. à 4 kilog. 800 gr., dans la proportion de 1 gr. par kilogramme de chien, il se produit une excrétion de sucre, durant de vingt-quatre à trente-six heures et s'élevant de 589 gr. à 1 kilog. 245 gr. Dans tous les cas de diabète artificiel le syzigium jambolanum fit diminuer la quantité de sucre dans une proportion de neuf dixièmes de la quantité excrétée, et la durée du diabète fut également réduite.

Ces recherches démontrèrent également que le syzigium peut être employé à doses assez fortes sans inconvénients. Un chien auquel on administrait une dose journellement ne ressentit aucun effet toxique. La préparation employée était l'extrait tiré du fruit entier. La dose journalière fut de 16 à 18 grammes.

V. — Études cliniques et expérimentales sur le coma diabétique.

Les points importants de cet intéressant travail, qui est dû au Dr Stadelmann, peuvent être résumés dans les conclusions suivantes :

1° Le coma diabétique ne survient que chez les diabétiques dans l'urine desquels on constate la présence de l'acide butyrique.

2° La présence dans les urines, de l'ammoniaque, dont la recherche est beaucoup moins difficile, est d'une importance presque aussi grande que la constatation de l'acide butyrique.

3° Lorsque, chez un diabétique, la quantité d'ammoniaque excrétée par jour dépasse 1 gr. 10, il y a menace d'un diabète grave.

4° Les diabétiques dont l'excrétion ammoniacale dépasse par vingt-quatre heures, 2, 4, 6 grammes et davantage, doivent être l'objet d'une surveillance constante de la part du médecin, car d'un moment à l'autre, ils peuvent être surpris par le coma diabétique.

5° Dans les cas où ni l'acide butyrique, ni l'ammoniaque ne peuvent être recherchés dans les urines, il est indispensable de faire au moins l'essai par le perchlorure de fer. Donne-t-il des résultats positifs, on peut être convaincu qu'il existe de l'acide butyrique dans les urines, et à cette catégorie de malades s'appliquent les règles formulées dans les deux paragraphes précédents. Par contre, il n'en est pas toujours ainsi, lorsque le perchlorure de fer donne des résultats négatifs, car il y a des cas de diabète qui contiennent de l'acide butyrique, qui s'accompagnent même de coma diabétique, et dans lesquels l'urine traitée par le perchlorure de fer ne donne aucune réaction.

6° Lorsqu'on a affaire à des diabétiques chez lesquels l'urine présente, en même temps qu'une augmentation de la quantité d'ammoniaque ou d'acide butyrique, la réaction du perchlorure de fer, il est de la plus grande importance de leur imposer unrégi me diététique sévère et de les soumettre en même temps à une médication par les alcalins.

7° A-t-on des raisons de craindre l'explosion du coma chez un diabétique, il faut lui administrer des alcalins à doses élevées, en ayant soin, naturellement, de le soumettre à une observation et à une surveillance de chaque instant.

8° Lorsque le coma diabétique a fait son apparition, la seule intervention efficace consiste en injections intra veineuses, répétées, de carbonate de soude à 7-10 p. 100,

dans une solution physiologique de chlorure de sodium. Les injections devront être cessées dès que l'on constatera un symptôme menaçant quelconque (irrégularité ou ralentissement du pouls, convulsions, arrêt de la respiration). Au bout de quelque temps, il y aura lieu de recourir à de nouvelles injections, jusqu'à ce que l'urine soit demeurée alcaline.

9° Les injections sous-cutanées de carbonate de soude doivent être rejetées, parce qu'elles sont très douloureuses et amènent facilement l'apparition de phlegmons profonds.

VI. — Des effets physiologiques de l'hydrastine.

D'une série d'expériences faites sur l'hydrastine, sur les principes actifs de l'*hydrastis canadensis*, Marfori est arrivé aux résultats suivants :

Injectée dans les veines d'un chien, à raison de 1 milligramme par kilogr. de poids corporel, l'hydrastine a produit d'une façon constante une diminution de volume des reins, dont l'intensité et la durée étaient en raison directe de la dose injectée.

La pression intra-artérielle s'est accrue, à la suite de l'injection de petites doses d'hydrastine (1/2 à 1 milligr. par kilogr. de poids corporel) ; quelquefois on a noté une phase préalable d'abaissement de la pression, phase très passagère. Les fortes doses d'hydrastine ont toujours produit un abaissement manifeste de la pression intra-vasculaire, mais qui alternait avec des accroissements passagers, lesquels coïncidaient avec la diminution de volume des reins.

L'hydrastine à petites doses accélère le pouls, à fortes doses elle produit une accélération initiale de très courte

durée, suivie bientôt d'un ralentissement très prononcé. De plus, point important à noter, les excursions systoliques du pouls gagnent beaucoup en étendue à la suite de l'injection de petites doses d'hydrastine.

De tout cela, on peut conclure qu'à certaines doses, cette substance produit comme effet caractéristique une diminution considérable du calibre des vaisseaux. L'accélération du pouls, qu'on observe à la suite de l'emploi de petites doses d'hydrastine, est attribuable à une excitation des nerfs accélérateurs du cœur; le ralentissement du pouls, consécutif à l'emploi de fortes doses, est dû à une excitation des centres intra-cardiaques du nerf vague.

L'hydrastine excite les centres nerveux notamment la moelle. A la dose de 10 à 20 centim. cubes par kilogr. de poids corporel, elle produit d'abord une accélération, puis un ralentissement du pouls, de la dyspnée, de l'incoordination motrice, des convulsions toniques et cloniques; puis survient une phase de courte durée, caractérisée par des manifestations paralytiques, et suivie d'une nouvelle phase convulsive. Finalement, les animaux succombent à des accidents de paralysie. L'hydrastine est douée d'une certaine action cumulative, car, administrée à des chiens à doses non toxiques, pendant plusieurs jours consécutifs, elle finit par engendrer une intoxication bien accusée.

VII. — Traitement de l'anémie grave par des injections d'eau salée.

Nous empruntons à la *Revue des sciences médicales* deux observations d'anémie grave rapidement améliorée par des injections sous-cutanées et intra-péritonéales d'eau salée.

Le Dr Weber traitait une jeune fille de 19 ans, chlorotique intense et incapable de tout travail. Malgré les préparations ferrugineuses et les inhalations d'oxygène, son état ne faisait qu'empirer. Œdème palpébral et malléolaire; embonpoint; pas d'hémorrhagies rétiniennes. Le 10 novembre, vomissements marc de café, qui persistent toute la nuit. Pouls à peine sensible le lendemain matin. Vers le soir, réapparition des vomissements noirs, accompagnés de vives douleurs; bientôt perte de la conscience et contracture des masséters. Les vomissements ne cessent que vers le matin. Respiration courte avec râle trachéal, symptômes d'œdème pulmonaire, battements cardiaques accélérés. Anesthésie totale. Pupilles rigides. Enveloppement des membres dans des bandes de flanelle.

Jugeant l'état désespéré, Weber se décide à faire, après quelques injections d'éther, une injection de 300 grammes d'une solution de chlorure de sodium à 0,6 0/0 dans les cuisses ; en ayant soin de masser la région pour faciliter la résorption du liquide. Lavement au cognac.

Une heure après, tout le liquide injecté est résorbé; mais l'état de la malade est peu changé. Le soir, elle commence à mouvoir un peu la tête. Nouveau lavement au cognac et au bouillon. Le lendemain, l'anesthésie disparaît graduellement. Dans la nuit suivante, la malade demande à boire et le 14 novembre elle reprend connaissance; mais il existe de l'amaurose qui rétrocède dans la journée même. Dès lors rétablissement progressif.

La seconde observation est très courte. Chez une femme de 43 ans, extrêmement anémiée par un avortement, Haffter a injecté 600 gr. d'une solution salée à 0,6 0/0 dans la cavité péritonéale, sans la moindre réaction opé-

ratoire. Au bout d'une minute et demie le pouls était redevenu supportable.

Dr Gabalda.

Strophantus.

Nous empruntons à la *Revue homœopathique belge* cette traduction d'un article du Dr Hale :

Nous possédons dans *strophantus* un excellent remède contre les hémorrhagies utérines. Il est indiqué surtout chez les femmes affaiblies par des règles profuses et de longue durée, ou par des pertes sanguines survenant en dehors de la période menstruelle, lorsque la matrice est fortement congestionnée. Il est probable que dans ces cas, *strophantus* agit par son influence sur la circulation générale ; c'est un tonique et un stimulant du cœur ; il dissipe les stases de sang et les congestions locales. On l'administre généralement en teinture, 5 à 6 gouttes toutes les six heures, ou en poudre, 1/4 ou 1/2 grain. Il faut éviter de dépasser ces doses, car le médicament peut produire une paralysie instantanée du muscle cardiaque.

L'effet prédominant de *strophantus* est l'augmentation de la sécrétion urinaire, et, comme conséquence, la diminution des épanchements séreux. Cette action est due à l'accroissement de la tension artérielle comme on peut le voir dans les affections de la valvule mitrale. Dans les maladies où la tension artérielle est augmentée ou même normale, l'effet diurétique de *strophantus* ne se produit plus.

Strophantus soulage souvent la dyspnée d'une manière très rapide, grâce à son influence sur le système nerveux. On a observé cette action principalement dans les cas de néphrite chronique et même dans l'asthme catarrhal et l'angine de poitrine.

Quoique l'action de *strophantus* et de *digitalis* soit identique sous beaucoup de rapports, chacun de ces médicaments possède cependant des propriétés thérapeutiques spéciales. Dans les affections valvulaires où il est nécessaire d'obtenir une rapide compensation du cœur malade, une augmentation de la sécrétion urinaire et un accroissement de la tension artérielle, *digitalis* est sans contredit le premier remède à administrer, et, s'il échoue, on ne peut guère attendre de meilleurs résultats de *strophantus*.

Mais si l'affection valvulaire a été compensée déjà par la *digitale*, et si on veut augmenter la diurèse en stimulant la pression sanguine, surtout lorsque la dyspnée est un symptôme prédominant de la maladie, alors *strophantus* peut rendre de très grands services.

Mme H. S., âgée de 40 ans, était atteinte de goître exophtalmique. Les bruits du cœur étaient violents et rapides ; pouls 130 ; pas de lésion valvulaire ; turgescence et gonflement de la glande thyroïde sans protrusion des globes oculaires. Caractère très irascible. Les règles étaient excessivement abondantes et duraient 8 à 10 jours ; elles s'accompagnaient ordinairement d'une aggravation considérable de tous les symptômes : *digitalis*, *lycopus* et d'autres remèdes encore restaient sans effet. Alors je résolus d'essayer *strophantus* que j'administrai à la dose de 6 gouttes par jour en 3 fois.

Quatre semaines après, la malade me déclare que la menstruation s'était faite normalement et qu'elle se trouvait beaucoup mieux. Je l'engageai alors à reprendre le médicament quelques jours avant chaque période menstruelle : elle suivit mon conseil, et, depuis cette époque, sa santé s'est considérablement améliorée.

(*American homœopathist.*)

RÉPERTOIRE

DE MATIÈRE MÉDICALE ET DE THÉRAPEUTIQUE

Action du zinc sur les reins. — Helpup a fait des injections sous-cutanées d'acétate de zinc à des chats et des lapins; presque chez tous néphrite parenchymateuse avec dégénérescence graisseuse des cellules épithéliales. (*Deutsch. med. Woch.*, n° 38, 1889) (1).

Action du maïs gaté (zea italica) et de l'ergotine sur la moelle épinière. — Les sujets qui succombent à la pellagre, causée par le maïs gâté, présentent dans les cordons postérieurs de la moelle des lésions comparables à celles du tabes dorsalis.

Kokerin, à l'autopsie d'animaux empoisonnés par l'ergotine, a constaté certaines altérations du système antérieur de la moelle : dégénérescence des cellules ganglionnaires des cornes antérieures, des cylindres-axes des racines antérieures, altération des parois des artérioles. (*Archiv für Psych. und Nervenk.* Bd XXI, 1889.)

Urticaire et angine produits par le tannin. — Lauge ayant badigeonné la gorge chez un homme de 29 ans, atteint de catarrhe naso-pharyngien, à l'aide d'une solution de tannin à 1/15, observa immédiatement après un fort gonflement des muqueuses : le nez est bouché et secrète un flux abondant : le voile du palais et la luette sont extrêmement tuméfiés.

Au bout d'une heure le malade vient se plaindre d'un prurit insupportable et en outre une éruption d'urticaire généralisée. Dès le lendemain, l'urticaire disparaît, et au bout de deux jours il ne reste plus de trace de gonflement des muqueuses.

Le malade avait déjà éprouvé deux fois les mêmes accidents sous l'influence du tannin (*Deutsc. med. Woch.*, n° 1, 1890).

Ictère et albuminurie produits par la santonine. — Une fille de 4 ans prend comme vermifuge une dose indéterminée de santonine : elle est prise le soir de frissons, de vomissements, de diarrhée ; ces accidents se manifestent encore le 2e et le 3e jour, la diarrhée persiste.

L'auteur constate un léger ictère ; le visage est œdématié. L'urine contient beaucoup d'albumine et du pigment biliaire. L'épreuve de la santonine fournit

(1) Extraits de la Revue des sciences médicales, juillet 1890.

un résultat positif. Au microscope, nombreux cylindres, globules blancs et rouges. Le ventre est un peu tendu, le foie normal, mais la rate tuméfiée. L'enfant est abattue, déprimée. T. 39,3.

Les jours suivants l'ictère s'accentue, tandis que la défervescence se produit par degrés. Pas d'autres symptômes nerveux que la céphalalgie, l'apathie et la somnolence. L'ictère et l'albuminurie persistent encore dix jours avec l'intensité primitive, puis disparaissent en huit jours. Les matières fécales sont toujours colorées par la bile. (*Deutsche med. Woch.*, n° 52, 1889.)

Empoisonnement par le chlorate de potasse. — Homme de 35 ans, avale un gargarisme contenant 100 grammes de chlorate de potasse : coma, ictère ; urines rares, troubles, avec traces d'albumine ; ni diarrhée, ni fièvre.

Autopsie : pas d'ictère notable, conjonctives brun-gris. Hémorrhagies sous - endocardiques et sous - pleurales ; liquide faiblement brunâtre dans le péricarde. Rate très volumineuse ; sa pulpe fait hernie sur les coupes. Reins flasques, brun-gris, avec stries brunâtres dans les cônes médullaires. Foie hypertrophié, opaque, mais résistant et de couleur chocolat à la coupe. Hémorrhagies multiples dans l'estomac et l'intestin.

Les tubes urinifères droits contiennent de gros blocs bruns agglutinés à la façon des globules rouges. (*Corresp. Blatt f. Schweizer Aertze*, 15 févr 1890)

Empoisonnement par le bichromate de potasse. — Homme de 43 ans, ayant avalé 2 ou 3 gram. de bichromate de potasse finement pulvérisé. Signes de gastrite chronique avec dyspnée, céphalalgie, étourdissements, oligurie, mégalosplénie et escharification diffuse de la muqueuse buccale.

Mort le 10e jour ; à l'autopsie, hémorrhagies dans les poumons et les muqueuses; lésions de néphrite récente à côté d'altérations anciennes des reins. Durant la vie, les matières fécales n'avaient renfermé ni urée, ni chrome, mais elles contenaient 0,1247 p. 100 de carbonate d'ammoniaque. Au contraire, l'urine contenait le premier jour une proportion notable de chrome dont il subsistait encore des traces le lendemain. Le 2e jour, l'urine contenait aussi de l'albumine et des cylindres granuleux, mais pas d'acide urique. (*Wiener Klin. Woch.*, p. 733, 1889.)

Salicylate de soude dans la lithiase biliaire.— Stiller considère le salicylate de soude comme un des plus énergiques cholagogues. Deux guérisons remarquables de lithiase biliaire.

1° Homme de 50 ans, ayant

depuis quatre mois des coliques hépatiques quotidiennes et depuis trois mois un ictère foncé ; depuis quelques semaines des accès de fièvre violents. Cachexie rappelant celle du cancer, foie hypertrophié. Guérison complète en quatre semaines par le salicylate à la dose de 2 gr. par jour.

2° Jeune femme souffrant de coliques hépatiques depuis treize semaines. Ces douleurs cessent en deux jours et au bout de huit jours la malade se lève. (*Wiener med. Press.*, n° 1, 1890.)

Action du salicylate de soude sur les règles et la région sacrée. — Une jeune femme, atteinte de rhumatisme subaigu, n'éprouve de soulagement qu'après avoir pris du salicylate de soude. Ayant renouvelé les doses plusieurs jours de suite, elle a des *douleurs dans la région sacrée*; la période menstruelle *avance* de huit jours et dure plus longtemps que d'habitude.

Comme le rhumatisme est tenace et dure plusieurs mois, la malade fait plusieurs fois la même expérience ; puis les hémorrhagies et les douleurs lombo-sacrées augmentent tellement que la malade aime mieux subir son rhumatisme que de s'exposer à de pareils accidents. (*Wien. med. Presse*, n° 49, 1889.)

Cocaine dans le diabète.—Olives se fondant sur ce fait clinique que la glucosurie disparaît parfois au cours des affections fébriles, a essayé dans le diabète les médicaments pyrogéniques et en particulier la cocaïne (16 milligr. 3 fois par jour). La cocaïne soulagea beaucoup son malade en faisant cesser une constipation opiniâtre ; les forces et l'entrain reparurent ; la démarche qui rappelait celle de l'ataxie redevint normale ; le poids augmente. L'urine devint moins abondante, moins dense, et l'élimination journalière de sucre diminue très notablement. (*Lancet*, p. 735. 1889.)

Le Directeur-Gérant. P. Jousset.

Paris - Typ A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine
52, rue Madame et rue Corneille, 3

L'ART MÉDICAL

SEPTEMBRE 1890

HISTOIRE DE L'HOMŒOPATHIE.

LE D^r^ PIERRE DUFRESNE.

XXII

En considérant la carrière du Dr Dufresne, on acquiert le sentiment précis d'une impulsion très particulière imprimée à la pratique et à l'exercice de notre art, par la thérapeutique d'Hahnemann.

C'était, on l'a pressenti, une méthode absolument neuve; elle transformait les habitudes reçues : pour la recherche des indications, pour le choix des médicaments, pour leur mode d'administration, pour les doses prescrites. L'application de la loi de similitude dominait toutes ces questions. Cet ensemble était étrange, il contrariait les idées courantes. Par là, il prêtait le flanc aux critiques, aux insinuations malveillantes; ni les unes ni les autres ne firent défaut. Le corps médical, les académies surtout répugnent aux nouveautés. Les sociétés savantes ne se résignent que si elles ont la main forcée.

La polémique fut violente, elle attirait les représailles. Il faut le dire, certaines assertions d'Hahnemann y donnaient prise : les dilutions extrêmes trop exclusivement recommandées, les médicaments administrés sous la forme de globules, la doctrine de la psore.

La psore, cette substitution de l'herpétisme, donnait à son auteur des apparences d'inconséquence ; elle paraissait donner un démenti à la méthode enseignée pour la recherche du *simile* en introduisant un appel à des influences constitutionnelles que l'auteur avait semblé réprouver. Ceci soit dit, pour caractériser les arguments que les adversaires opposaient à Hahnemann et non pas pour trancher en ce moment la question étiologique des miasmes aigus et des miasmes chroniques.

Le public non médical se mêla de l'affaire ; il fit de la propagande à sa manière. Il faut reconnaître que le champ de la querelle était considérable. Il s'agissait de bien autre chose que des destinées de l'émétique ou du quinquina, de l'inoculation ou de la vaccine.

Cette ardeur de polémique ne déconcerta pas mon père. Ses dernières années furent exclusivement consacrées à ce grand effort thérapeutique. Il fit l'épreuve de sa méthode sur les maladies aiguës qui incombent au médecin dans le courant de chaque jour. Les affections chroniques lui arrivèrent bien plus nombreuses. Les malades, jusque-là traités sans succès, voulurent expérimenter l'homœopathie.

C'était une période d'explorations et de tentatives. Stimulé par le succès, mon père accepta ce travail extraordinaire avec dévouement. Je dirai plus, avec une ardeur passionnée. Chaque sujet qui se présentait réclamait une part de travail bien plus considérable que par le passé. C'était une séméiotique encore inconnue à fixer, c'étaient des vues nouvelles, des nuances spéciales découvertes pas à pas, pour considérer les maladies et déterminer les points d'attaques les plus favorables, pour le contact avec les agents thérapeutiques.

Il y avait encore et toujours les délibérations sur les doses : à ce propos les controverses n'avaient pas de cesse. Hahnemann, sur ce point délicat, n'ayant rien allégué de précis, s'en défendant même ; de là, des essais, des tâtonnements.

Il est resté de ce travail clinique, et en grand nombre, des observations minutieusement recueillies. Ce sont des modèles d'investigation attentive, patiente, originale. Le mode d'interrogation surtout différait de tout ce que l'on avait coutume d'entendre. Entraîné par l'exemple d'Hahnemann, Dufresne individualisait chaque cas. Il n'allait pas, cependant, aussi loin que le maître qui affectait de traiter ses malades en dehors de la dénomination spéciale de chaque maladie.

Cette carrière de thérapeutique très spéciale dura sept années. Espace de temps bien court, pour oser donner la formule définitive d'une personnalité médicale. C'est un moment, dans une vie d'homme, mais un moment, assurément, digne d'intérêt que celui qui a eu pour champ d'action, cette vaillante entreprise.

Dirons-nous que dans un labeur aussi obstiné, aussi continu, toujours accompli sous l'impulsion du même dessein, le Dr Dufresne ne paraisse parfois absolu dans son point de vue, trop enclin à excéder dans la critique à l'égard de la médecine traditionnelle. Pouvait-il en être autrement, et, à cet égard, les circonstances ne plaident-elles pas en sa favenr. Il était dans le feu d'une bataille et la lutte était de chaque instant. Mon père, je le concède, ne s'est point défendu d'enthousiasme, c'était dans son tempérament. Les succès obtenus étaient certes pour lui servir d'excuse. L'homme n'agit-il pas toujours ainsi sous l'impulsion d'une idée et dans l'entraînement du travail

récompensé. Il me sera permis de le dire, ce n'est pas à son fils qu'il appartient de l'en blâmer.

Il en est de la médecine comme de toutes les sciences, comme de tout ce qui est de l'homme et de ses connaissances : une double action la régit. Si mon père fut tenté de faire l'épreuve du système d'Hahnemann ; s'il entre dans cette voie avec une apparence d'exclusivisme qui trouvait son excuse dans l'ardeur de la poursuite : d'autre part, n'allez pas croire que pour avoir été novateur, il ait été tenté de méconnaître le passé de la médecine. Il avait trop de respect pour elle et pour ceux qui la lui avaient enseignée. Il était aussi conservateur que novateur. Cette rupture avec le passé qu'affectent aujourd'hui tant de médecins, il ne la pouvait souffrir. La tradition c'est la solidarité des hommes d'aujourd'hui avec les ancêtres, et par là, c'est le patrimoine de notre science augmenté dans le temps de tout ce qu'elle retient du passé.

Le progrès véritable en médecine ne s'obtient qu'en s'appuyant sur les devanciers, en s'autorisant de leur travail, en ne dédaignant pas surtout les principes supérieurs qui ont été leur force et leur honneur. Assurément la loi de similitude formulée par Hahnemann est une belle découverte, mais combien plus digne de fixer l'attention alors que l'on distingue les racines qu'elle projette dans le passé, les anneaux de la chaîne qui la relient à la médecine de tous les temps.

Pendent opera interrupta. — Les temps ont été courts, c'est dire pourquoi, dans l'œuvre du Dr P. Dufresne, il se trouve moins de préceptes dogmatiques arrêtés que de solutions cherchées ; des résultats définitifs sans doute, mais aussi beaucoup d'essais à l'état provisoire. C'est un zèle de recherches incroyable, mais aussi quel espoir.

quelle confiance en l'avenir ; quelle satisfaction en présence de la difficulté vaincue.

Le regret n'est-il pas permis qu'à une intelligence aussi ouverte, aussi heureusement disposée, la faveur n'ait pas été accordée d'une plus longue carrière. La sanction de l'expérience eût été plus décisive. Combien de résultats peut-être auraient été confirmés ; combien de vues synthétiques réalisées auxquelles pour prendre corps le temps seul a manqué.

Enfin comment ne pas déplorer des imperfections, des lacunes, des déficits, telles solutions trop hâtives; tous ces motifs de regrets accumulés devant ce spectacle de l'incomplet, de l'inachevé qui s'impose en présence des carrières prématurément brisées. La vie de mon père fut une de celles-là. Plus favorisé cependant que bien d'autres, il a pu faire sortir quelques épis murs du sillon qu'il avait ouvert. C'est la trace de cet effort de l'homme d'étude que son fils a essayé de conserver ici. Le droit ne lui appartenait-il pas en le faisant revivre pendant ces quelques pages, d'enlever pour un instant celui qui a su l'accomplir à la liste des disparus.

(*La suite au numéro de novembre.*)

Dr Edouard Dufresne.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

HYDRASTIS.

On fait une teinture avec la racine fraîche d'hydrastis canadensis (1).

ACTION GÉNÉRALE. — Médicament catarrhal, produisant l'inflammation de toutes les membranes muqueuses, avec un écoulement abondant. Il déprime la vitalité, produisant une dyspepsie atonique autant que catarrhale, de la constipation et une faiblesse générale. Son action sur le foie est marquée : la jaunisse et les symptômes d'inflammation sont presque semblables à ceux du *chelidonium*.

Analogues. — *Puls*., stann., borax, chel., etc.

GÉNÉRALITÉS. — Elancements de temps à autre dans les muscles longs. Douleurs le soir, mais trop endormi pour en noter le siège. Tendance à s'enrhumer facilement. Malaise, langueur, le matin, à 4 heures de l'après-midi, augmentant vers le soir, avec mal de tête, vertige et défaillance en marchant; ennui. Disposition à se coucher.

(1) Ce médicament est traduit d'un excellent ouvrage publié l'année dernière à New-York par notre savant confrère le Dr T. Allen. L'*Handbook of materia medica and homœopathic therapeutics* (Boericke-Philadelphie) résume en 1165 pages, in-4, avec un texte très compact, la grande matière médicale du même auteur. On verra par la traduction de l'hydrastis le plan général suivi pour l'exposition des symptômes pathogénétiques. Le Dr Allen a ajouté de loin en loin des petites remarques thérapeutiques d'un grand intérêt, indiquant les cas dans lesquels le médicament a réussi.

Anéantissement. Tous les symptômes, excepté la sensation de se trouver mal, diminuent après dîner.

Clinique. — Les malades auxquels l'hydrastis convient souffrent généralement de débilité, de constipation, de dyspepsie atonique, de palpitations, de dyspnée, et sont en général sujets aux écoulements et aux ulcérations des membranes muqueuses. Il convient aux affections scrofuleuses, principalement chez les enfants; aux ulcères de nature maligne (épithélioma); dans la convalescence lente de la fièvre typhoïde, avec perte de l'appétit, constipation, etc.

CERVEAU. — Besoin d'activité; gaîté; désir de chanter; vivacité et contentement. Caractère vindicatif. Mauvaise humeur moindre vers le soir et disposition à prendre mal toute chose en général; mauvaise humeur et colère, avec besoin de gourmander ceux qui sont d'un autre avis. Colère, avec désir de maudire toute chose et toute personne qui le contrarie. Chagrin. Abattement, moindre le soir où il est railleur. Mélancolie, il est taciturne. Crainte de devenir tout à fait malade. Aversion pour sortir, lire, écrire ou faire quelque chose. Dégoût pour toute occupation cérébrale avec affaiblissement de la mémoire. Amnésie en écrivant. Défaut de mémoire et confusion des idées.

TÊTE. — Douleur en se levant; après le déjeuner avec sensation comme si le cerveau était pressé contre les os du front; douleur jusqu'au sommeil; avec des élancements à travers les tempes; douleur s'étendant du centre du cerveau à la bosse pariétale droite; douleur avec battements; douleur nerveuse, gastrique, jusqu'à midi. Lourdeur, augmentant en pressant sur la racine du nez. Plénitude après le déjeuner, en même temps que douleur dans les tempes, augmentant à chaque pas ou par le mouvement

de la toux, avec sensation d'éclatement en montant les escaliers ou en se penchant tout à coup. Confusion, avec chaleur dans la tête, et perte de la mémoire des événements récents; ces symptômes diminuent par la pression des mains froides sur le front. Le cerveau paraît en partie sous l'influence d'un narcotique, en même temps qu'il y a des coups poignants à travers les tempes. Sensation d'empoisonnement le matin.

Front. — Douleur en se levant à 6 h. 1/2 et à 8 h. 1/2 du matin; dans les régions supraorbitaires à 8 heures; au-dessus de l'œil gauche à 9 heures, avec sensibilité du front, obstruction de la narine droite, cette douleur diminuant par la promenade au grand air, lorsqu'il survient un coryza fluent, remplacé de nouveau dans la chambre par une obstruction; douleur au-dessus de l'œil gauche à 10 heures du matin, diminuant toujours en y plaçant la main; douleur le soir, ainsi que dans les tempes; douleur pulsative à travers les sinus. Sensation d'éclatement, presque stupéfiante, en se réveillant à 9 heures, diminuée en pressant la peau vers le milieu du front, et quand il est en mouvement ou que l'esprit est occupé, augmentant par la pression de la peau au niveau des tempes et en portant un chapeau léger ou large enfoncé fortement sur la tête.

Lourdeur augmentant sur l'œil gauche dans une chambre chaude et diminuant au grand air, avec la plénitude.

Tempes. — Piqûre avec douleurs sourdes dans le vertex et au-dessus des yeux. Coups à travers les tempes avec diminution de la vision. Douleur au-dessus de l'œil gauche à 11 heures du matin; à 9 heures du soir, à la suite d'une émotion, diminuée par la pression et au grand air; dans la tempe gauche à 8 heures du matin, s'étendant jusque dans la narine gauche; douleur pulsative toute la journée,

augmentant avec tous les autres symptômes dans une chambre chaude, étant assis et au repos, spécialement en pensant à ces symptômes, amélioré à l'air frais.

Douleur dans la bosse pariétale droite à 8 h. et demie du matin, en montant les escaliers; douleur en un point sur la bosse pariétale gauche. A midi, douleur pesante dans le côté gauche de la tête toute la journée. Pesanteur du côté droit de la tête avec assoupissement. Douleur dans le cervelet droit, puis dans le gauche. Douleur de pesanteur dans le côté gauche de l'occiput diminuant par la pression de la main fraîche et au grand air frais, avec pâleur de la face, chaleur de la tête, et pression extérieure dans la région de la fosse temporale.

Yeux. — Les paupières agglutinées le matin au réveil.

Clinique. — Ophthalmie catarrhale, aiguë, avec gonflement des paupières, sécrétion profuse, cuisante et brûlante; ophthalmie chronique, scrofuleuse, avec écoulement abondant, opacités de la cornée, etc. Catarrhe sec de la conjonctive. Blépharite.

Oreilles. — Douleur dans l'oreille droite à 6 h. 30 du soir, après souper, puis plénitude dans le front et douleur au-dessus de l'œil gauche; douleur s'étendant de l'apophyse mastoïde gauche à l'omoplate à 9 heures, douleur tensive dans l'oreille droite le matin et l'après-midi. Trompe d'Eustache partiellement obstruée. Bourdonnements, le soir en se levant, avec borborygmes. Tintements, avec douleurs dans l'anus. Grondements dans les oreilles à 9 heures du soir. Bourdonnements comme par une roue dentée, le soir. Bruit comme celui produit par les perdrix en s'envolant, le soir.

Clinique. — Inflammation catarrhale de l'oreille moyenne e surdité, après la scarlatine. Otorrhée, avec écoulement épais.

NEZ. — Reniflement constant pendant le jour et parfois éternuements. Sensation de vive excoriation dans les narines, avec tendance constante à se moucher et à se débarrasser du mucus. L'intérieur du nez sensible à 3 h. 1/2, l'air paraît douloureusement froid en aspirant, avec graillonnement de mucus de la gorge et de l'arrière-cavité des fosses nasales; le bord interne de l'aile droite du nez est sensible et enflé, la narine gauche obstruée, la droite sèche et douloureuse (dans la chambre). Sensation dans la narine droite d'un rideau, s'ouvrant et se fermant pendant l'inspiration, gagnant graduellement la gauche, la droite restant bouchée. Chatouillement dans la partie dorsale du nez après éternuement. Fourmillements sous la narine droite à 3 h. 1/2 après-midi, puis quelques gouttes de sang artériel, arrêtées avec de l'eau froide; fourmillement dans la narine droite à 4 h. 1/2 après-midi, amenant l'éternuement. Démangeaison dans la narine droite de 6 heures du matin à une heure après-midi, diminuant toujours à l'air frais. L'air paraît froid à la partie supéro-interne de la narine gauche à 9 heures du matin et 2 heures après-midi, au grand air, avec douleurs s'étendant de la partie postérieure des fosses nasales dans la tête avec pression dans et sur l'œil gauche. Sécheresse plus forte dans la narine droite, avec obstruction; et obstruction avec croûtes. Obstruction le matin, dans la narine droite; dans la narine gauche, avec chatouillement dans la droite comme par un cheveu.

Eternuement à 7 heures du matin après déjeuner, produit par un chatouillement dans la narine droite le soir, chaque fois qu'il s'éveille; éternuement soudain à 8 heures du soir, dans une chambre chaude, puis écoulement li-

quide excoriant, il va au lit très souffrant. Eternuements très répétés.

Coryza, l'après-midi, plus fort le matin, moindre le soir. Coryza de la narine droite, avec disposition constante à éternuer de 7 heures du matin à une heure de l'après-midi; coryza avec sensation de sécheresse, dans le nez le matin en marchant; en allant au grand air, écoulement d'eau, qui cesse dans la chambre, le nez paraît sec et sensible pendant que l'air le traverse. Coryza arrêté. Sensation d'engorgement dans l'arrière-cavité des fosses nasales et les sinus, avec écoulement d'un mucus clair et non épais; arrière-cavité des fosses nasales obstruée, comme après un rhume, avec augmentation de la sécrétion nasale. Ecoulement abondant du nez et des bronches. *Ecoulement de matière jaune épaisse* (puls.); écoulement fréquent de liquide aqueux en marchant à l'air froid; écoulement de mucus liquide excoriant la lèvre supérieure, devenant plus épais. Il mouche du sang et du mucus jaune. Écoulement de sang très rouge à 2 heures après-midi, après dîner.

Clinique. — Ecoulement nasal, liquide, excoriant, avec brûlure et cuisson de la gorge. Catarrhe surtout de l'arrière-cavité des fosses nasales, qui s'engorgent, avec céphalalgie; l'écoulement tombe dans la gorge. Catarrhe hypertrophique, avec écoulement corrosif jaune verdâtre. Ozène, avec ulcérations et écoulement sanguinolent. Ulcérations de la cloison, saignant facilement au contact. (Il a donné de bons résultats en application locale contre la diphthérie nasale.)

FACE. — Pâleur. Sensation et tension de la peau autour des coins de la bouche, qui semblent tirés en bas. Aphthes sur la lèvre inférieure. Boutons de fièvre au coin droit de la lèvre inférieure.

BOUCHE. — Les pointes des dents sensibles à l'aspiration d'air froid. Langue large et marquée par les dents; aphthes (borax), enduit jaune; large raie jaune et mauvais goût. Sensation de brûlure, le matin en se levant, augmentant en fumant; sensation de brûlure au côté gauche de l'extrémité, s'étendant sur la moitié antérieure de la langue, avec cuisson et une vésicule brûlante douloureuse, d'où provient la sensation de brûlure; sécheresse à la base de la langue. Mucus visqueux sur le palais, avec mauvais goût. Mucus visqueux avec saburres et aphthes à la lèvre supérieure. Cuisson au côté gauche du palais le matin. Mauvais goût le matin; goût poivré; goût acide, poivré sur la moitié antérieure de la langue. Goût étrange de la nourriture.

Clinique. — Nombreux cas d'inflammation aphtheuse de la bouche. Stomatites chez les enfants et les femmes. Cancroïde de la bouche, après le chlorate de potasse.

GORGE. — Voix plus claire que de coutume en chantant. *Graillonnement de mucus abondant* (stan.). *Mucus visqueux dans l'isthme du gosier, qui ne peut être avalé* (puls). *Sensibilité*, le matin en se réveillant; augmentant en toussant et en avalant; sensibilité de la partie supérieure droite du pharynx, augmentant en avalant à sec, diminuant en avalant des liquides; sensibilité près de l'épiglotte, avec cuisson et enrouement; sensibilité avec sécheresse. *Apreté dans la gorge le matin au réveil, augmentant en avalant avec sensibilité*. Sensation d'un morceau dans la partie inférieure du pharynx, avec besoin constant de déglutition; parfois ce morceau semble s'élever, presque avec suffocation; la sensation de suffocation diminuant par de lon-

gues respirations par la bouche. Sécheresse à 4 heures du matin, avec gonflement de la luette, et mucus dans l'arrière-cavité des fosses nasales; la gorge semble ulcérée et la déglutition la racle. Chatouillement à la partie inférieure du pharynx à 6 heures de l'après-midi, après avoir allumé une allumette et en avoir avalé la fumée, diminuant en toussant et en buvant.

Clinique. — Angine catarrhale; il est extrêmement employé à l'intérieur et localement par les homœopathes, sans caractéristiques spéciales, et bien que les indications pour son usage ne soient pas toujours expliquées et sans doute il ne doit pas produire d'effet dans un grand nombre de cas; cependant, il paraît avoir une action curative marquée dans une certaine classe d'affections, probablement dans celles caractérisées par l'hypertrophie de la muqueuse, avec sécrétion un peu facile et sensation de brûlure et d'écorchure s'étendant dans le nez et la poitrine. Pharyngite folliculaire, la muqueuse est parsemée de points saillants, qui sont rouge foncé et très irritables, surtout en s'exposant au moindre froid.

ESTOMAC. — Désir de manger des œufs, du pain et du thé. Petit appétit; appétit diminué au déjeuner. Dégoût pour la viande et les légumes. Eructations de gaz, bruyants l'après-midi. *Nausées* à 11 heures du matin, avec éructations gazeuses, sensation de vide dans l'estomac et enfoncement visible à la région stomacale. Gargouillements. Douleurs incisives à 3 heures de l'après-midi, après avoir mangé; dans l'estomac et l'hypochondre gauche après dîner. *Douleurs aiguës.* Douleur dans la région (stan.) dans l'après-midi, diminuant par des éructations à vide. Sensation de quelque chose de tordu dans l'estomac en se couchant dessus. Pesanteur. Pyrosis l'après-midi, *creux à l'épigastre* le matin. Sensation de vide le matin en se le-

vant, avec apparence du creux dans l'abdomen, nausées et plénitude, langue blanche; sensation de vide à 11 h. du matin, avec douleur.

Clinique. — Inflammation d'estomac avec vomissements fréquents et perte de l'appétit, grande sensibilité de la région et brûlure, dans une maladie qui avait été diagnostiquée, cancer ; dyspepsie atonique, avec acidité, spécialement chez les vieillards. Ulcère de l'estomac.

Abdomen. — Tremblement. Borborygmes comme avant la diarrhée. Gaz fétide. Douleurs incisives à 10 heures du matin, s'étendant vers l'anus, diminuées par une petite émission de gaz, étant étendu ; pendant le déjeuner, puis désir de garde-robe, précédée d'une émission de vents; la première partie de la selle naturelle, la seconde molle et de couleur brun sombre; douleurs incisives après le déjeuner, diminuant par une émission de gaz; douleurs incisives avant et après le dîner, comme celles qui précèdent la dysenterie. Tranchées avec sensibilité extérieure; tranchées avec beaucoup de petites selles âcres ; avec selles profuses peu colorées et suivies d'anéantissement. Douleurs à 9 heures du matin, avec passage de gaz et besoin d'aller. Sensation brûlante, malaise.

Borborygmes du côté gauche à midi, avec gargouillement; borborygme tout à fait en haut et à gauche, avec gargouillements et douleurs. Douleur incisive dans les hypochondres. *Douleur aiguë intermittente dans la région du foie s'étendant à l'épaule* (chel.), plus forte de 8 h. du matin à 2 h. après-midi. Douleur et sensibilité à la partie supérieure de l'abdomen, le matin en se levant, pendant l'inspiration. Douleur incisive à l'ombilic à 5 h. après-midi, s'étendant au pénis. Douleur dans la région

ombilicale et à l'anus. Douleur insicive au niveau de l'S iliaque à 2 h. 1/4 après-midi ; douleur insicive depuis la région iliaque droite jusqu'au testicule droit à 11 h. du soir, qui laisse les parties aux environs du ligament de Poupart sensibles, avec douleurs s'étendant dans la racine du pénis, lorsqu'on le presse. Douleurs incisives à l'hypogastre avant chaque selle, diminuant par la selle, avec malaise, petites selles fréquentes, ténesme rectal, qui cause une sensation d'arrachement, de meurtrissure dans la région ovarienne. Douleur dans l'aine droite à 2 h. après-midi en marchant ; douleur dans l'aine droite passant à gauche.

Clinique. — Catarrhe gastro-duodénal, avec dépression à la région de l'estomac, palpitations, etc. *Foie torpide*, peau jaune, selles peu colorées, région hépatique tendue, etc. Jaunisse, coliques hépatiques avec ictère. Inflammation catarrhale chronique des intestins, avec écoulement muqueux et selles couvertes de mucus, selles molles et mêlées de mucus.

Rectum. — Lourdeur douloureuse.

Clinique. — Ulcération du rectum. Fissure anale. Prolapsus du rectum, surtout chez les enfants.

Selles. — Diarrhée lui faisant quitter le lit à 7 h. du matin ; et selle presqu'entièrement d'eau jaune à midi ; diarrhée précédée et suivie de ténesme, sensation de faiblesse et tremblement avant la selle, faiblesse après la selle ; diarrhée précédée de ténesme et de nausées et suivie de ténesme. Trois selles verdâtres, avec douleurs dans les intestins, comme après un purgatif drastrique.

Selles en purée, copieuses et peu colorées. Selles molles d'un petit diamètre. Selles de grosseur naturelle, mais écorchant l'anus, comme si elles étaient cou-

vertes de sable. Petites selles. Deux selles normales par jour. Selles teintées de sang, couvertes de sang, douleur. Selle naturelle, puis écoulement abondant de sang artériel rouge vif, causant de l'anxiété, puis sensation tout le jour comme si l'hémorrhagie allait revenir et par conséquent contraction constante du sphincter. Constipation ; aucun besoin ; passage de quelques vents.

Clinique. — Constipation chronique, surtout utile après abus de purgatifs (nux vom.). Constipation des enfants. Constipation obstinée avec sensation de faiblesse dans l'estomac, éructations aigres, céphalalgie frontale lourde, etc. Constipation suite de couches, avec hémorrhoïdes et céphalalgie. Constipation et hémorrhoïdes de la grossesse.

ORGANES URINAIRES. — Micturition fréquente d'une grande quantité d'urine limpide. Un peu d'urine échappe par l'urèthre pendant les éructations. Chatouillement dans l'urèthre le soir, principalement à la partie inférieure; urine diminuée et pâle, diminuée et sentant fort, d'une odeur inusitée, d'une odeur de décomposition.

Clinique. — Catarrhe de la vessie avec mucus épais et filant dans l'anus.

ORGANES SEXUELS. — Sueur désagréable, surtout au scrotum; sueur excoriante sous le prépuce. Douleur dans le pénis pendant et aussitôt après la selle. Douleur à la racine du pénis comme si le jet de l'urine s'arrêtait. Démangeaisons voluptueuses sur le scrotum à 8 h. 1/2 du matin, diminuant par le frottement.

Clinique. — Gonorrhée chronique. Hydrocèle. Prurit vulvaire et tumeurs nodulaires dures du sein avec douleurs lancinantes. Ulcérations cancéreuses de l'utérus. Hémorrhagies de l'utérus, surtout avec ulcération. Leucorrhée jaune, tenace. La leucorrhée

est presque toujours tenace, rarement avec albuminurie, accompagnée d'une grande faiblesse, de palpitations, ou bien de désordres hépatiques, de constipation, d'hémorrhoïdes, etc. Il a été employé avec succès dans l'hypertrophie chronique de l'utérus (subinvolution). Fibromes utérins. Inflammation du col, avec douleur et démangeaisons dans le vagin. Ulcération du col de l'utérus, état fongueux, leucorrhée abondante.

Organes respiratoires. — Enrouement avec sensation d'écorchure et d'âcreté près de l'épiglotte. Besoin de tousser, amenant des nausées par moment. Toux amenée par la pression des doigts sur la trachée. Toux courte et sèche, puis selle; toux avec expectoration douceâtre. Respiration oppressée; constant besoin de faire une longue respiration. Respiration courte.

Clinique. — Catarrhe laryngé avec pâleur de la muqueuse, relâchement des cordes vocales. Catarrhe bronchique avec expectoration de mucus jaune, visqueux.

Poitrine. — Catarrhe descendant dans la poitrine et causant une gêne et une respiration difficile, un besoin de faire une longue respiration à 8 h. 1/2 du matin. Elancements. Douleur spasmodique sous la clavicule droite le matin en riant, s'étendant au côté droit de la poitrine et au dos. Douleur dans le lobe gauche du poumon, d'avant en arrière, de 9 h. du matin à 1 h. après-midi, avec sensation de congestion comme s'il y allait avoir une hémorrhagie pulmonaire. Douleur comme par une écorchure sous la partie supérieure de l'abdomen en prenant une longue respiration, sensibilité des régions mammaires, avec disposition à s'étirer le corps en arrière et les bras en l'air, avec bâillements. Une barre verticale tirée sur le sein gauche, à moitié entre le mamelon et le sternum, d'une longueur de douze pouces, s'étendant comme une plume

de la ligne médiane, disparaissant aussi vite qu'elle est venue. Constriction au niveau du sternum, au milieu du sternum (comparer les symptômes de la poitrine avec ceux du stannum).

Cœur et pouls. — Cœur agité à 5 h. après-midi pendant une lecture. *Palpitations, le matin*. Pouls lent et pénible.

Cou et dos. — Douleur depuis le côté gauche du cou jusqu'à l'épaule, diminuant en y posant la main ; douleur dans la nuque, s'étendant à l'épaule droite, avec douleur pesante dans l'épaule droite. Sensibilité dans les muscles du cou, avec rigidité. Douleur sous l'omoplate tout le jour ; forte douleur à la chute des reins et dans la région lombaire toute la journée.

Extrémités. — Douleur dans l'épaule droite, le coude gauche et les genoux ; au côté externe du genou gauche en marchant, causant la claudication, avec pression dans l'épaule gauche ; douleur rhumatismale piquante dans les coudes, les avant-bras et les genoux, le matin. Piqûres dans l'épaule droite ; douleurs aiguës dans les épaules, les bras et surtout dans l'index gauche ; douleur profonde dans les épaules, surtout la gauche, avec douleur s'étendant de la tête à l'épaule ; douleur de pesanteur dans l'épaule gauche, Sensibilité des muscles des bras par le mouvement, douleurs incisives dans les coudes et les biceps.

Crampes dans le coude droit et les phalanges gauches, douleur dans le coude gauche, avec craquements dans l'épaule en tournant le bras, Douleurs tractives à la partie radiale du poignet gauche, s'étendant au coude à 11 h. 1/2

du matin. Douleur dans la hanche droite en marchant, passant au genou. Douleurs rhumatismales dans les cuisses, augmentant d'abord en s'asseyant et en marchant; raideur, surtout en descendant l'escalier. Elancements dans la jambe gauche jusqu'au calcanéum, à 10 h. 1/2 du matin; douleur dans la plante gauche à 7 h. du matin.

PEAU. — Jaune, surtout autour de la bouche et au cou. Gonflement des lèvres, du nez et de la bouche. Boutons autour de la bouche et du menton présentant les divers aspects de la variole. Rash érésypélateux couvrant la figure, le cou, les paumes des mains, les poignets et les jointures des doigts, avec irritation violente et brûlures; après quatre jours desquamation, mais l'irritation persiste sous une forme plus légère, surtout la nuit. Démangeaisons de la peau et des parties, troublant le sommeil après 1 h. du matin, diminuant en se grattant; démangeaisons par crises spasmodiques dans différentes parties du corps pendant le jour, surtout au cuir chevelu.

Clinique. — Il a guéri le lupus, l'épithélioma, les ulcères malins de la peau, des lèvres et de différents organes. Il a amélioré les ulcères variqueux, principalement en applications locales, l'eczéma, principalement celui qui vient au bord des cheveux, au front, avec sécrétions suintantes. Eschare du sacrum. Ulcères chroniques qui saignent facilement et sentent mauvais.

SOMMEIL. — Endormi à 10 h. du matin en lisant. Sommeil à 11 h. du matin; sommeil plus profond que d'habitude le matin avec difficulté du réveil. Réveils une ou deux fois la nuit, pensant qu'il est temps de se lever, mais retombe immédiatement dans le sommeil. Sommeil agité, s'éveillant chaque demi-heure, à chaque instant changeant de position; cherchant les places fraîches, rempli de

rêves (avait étudié beaucoup) ; rêves et idées effrayants. Rêve de monstres, d'être poursuivi par des bêtes sauvages, rêves fatiguants et lascifs, avec pollutions abondantes, rêves vagues, dont on ne se souvient pas, licencieux, avec troubles du sommeil.

FIÈVRE. — Frisson à 9 h. du matin, le soir en se déshabillant, dans le dos et les cuisses à 11 h. du matin, en marchant au grand air, puis chaleur agréable dans les mêmes régions. Sensation d'un courant d'air froid sur la région lombaire droite et la fesse droite à 11 h. du matin. Chaleur générale à 10 h. du soir ; chaleur avec démangeaisons dans diverses parties ; chaleur de la peau ; chaleur en bouffées sur la figure, le cou et les mains.

Clinique. — Tendance générale à transpiration d'odeur maladive.

Traduit par le Dr Marc JOUSSET.

AGGRAVATIONS MÉDICAMENTEUSES SUIVANT LEUR MOMENT D'APPARITION.

1° *Le matin* :

Aconit. — Faiblesse, respiration pénible le matin en se levant, avec nausées, vomissements, baillements et tiraillements au niveau de l'ombilic.

Agar. — Augmentation de la fièvre ; pouls rapide. Pesanteur et vertiges avec saignements du nez, plus marqués au grand air et par les rayons du soleil.

Aloès. — Epistaxis le matin au reveil.

Ambra grisea. — Expectoration, le matin seulement. jaunâtre ou grise, difficile, avec un goût salé et acide.

Ammon. carbon. — Toux sèche vers 3 ou 4 heures; alors des insomnies et des sueurs. Incontinence d'urine vers le matin.

Ammon. muriat. — Vertiges avec plénitude et pesanteur de la tête. Toux sèche avec brûlements et chatouillements dans le larynx. A 2 heures du matin, insomnie provoquée par des élancements dans l'abdomen, des éternuements, ou des douleurs au bas du dos.

Anac. — Sommeil pesant jusqu'à 9 heures du matin : nausées chez les femmes enceintes, soulagées en mangeant et qui reviennent 2 heures après. Pression au niveau de l'estomac avec nausées et vomissements qui procurent du soulagement.

Angustura. — Douleurs dans le dos plus marquées vers 4 heures du matin.

Antimon. crud. — Sueurs le matin en s'éveillant.

Antim. tartar. — Odontalgie très violente vers le matin.

Apis. — Diarrhée fatiguante, plus marquée le matin. Insomnie, mucosités de la bouche, diarrhée, mains froides, bleuies.

Arnica. — Fièvre intermittente avec frissons; douleurs lancinantes dans les os. Goût amer, renvois fréquents ayant un goût désagréable d'œufs pourris.

Aurum. — Tiraillements et sensations de paralysie au niveau des reins en s'éveillant; sueurs au niveau des parties génitales.

Benzoic. acid. — Réveil à 2 heures du matin avec chaleur, pouls plein, palpitation, émission d'urine très colorée et d'odeur très forte.

Coffea. — Céphalalgie avec sensation que le cerveau est pressé, serré. Goût amer et nausées.

Calcarea. — Expectoration plus marquée le matin ; goût acide, amer. Frissons.

Carbo veget. — Toux creuse, par quintes ; expectoration brune ou sanguinolente et qui sent mauvais, le matin.

Chelidon. — Grande faiblesse le matin, sueurs avant de s'éveiller. Troubles de la vue.

Conium. — Renvois fréquents et sans goût.

Creosot. — Esprit lent, chagrin, abattu, pesanteur et battements dans la tête ; épistaxis et odeur désagréable dans le nez en s'éveillant, le matin douleurs au col de l'utérus qui est engorgé ; sueurs le matin.

Croc. — Lassitude et faiblesse ; dilatation de l'estomac avec sentiment de vide.

Drosera. — Dans la coqueluche, les quintes sont plus marquées le matin. Dans la phthisie, toux et expectoration plus marquées le matin ; crachats gris, jaunâtres, nausées. Douleurs et contusions dans le dos. Sueurs surtout à la face ; la joue gauche est froide tandis que la droite est chaude.

Euphrasia. — Se réveille souvent effrayé entre 3 et 6 heures du matin ; à la suite, sommeil très pesant et réveil en se plaignant.

Eupator. perf. — Le matin, de bonne heure, sensation comme si on le tournait très violemment, avec un arrêt brusque et soudain.

Guaja. — Sensation de gonflement, de dilatation des yeux avec regard vague, fixe. Vomissements violents de glaires.

Hep. — Les douleurs dans la tête et dans l'abdomen plus marquées le matin, sont souvent accompagnées de vomissements. Toux et expectoration plus prononcées le matin.

Ignatia. — Céphalalgie avec sensation de contusion et de plaie : douleur dans le sacrum.

Iris versic. — Les gencives et la langue semblent couvertes d'une substance grasse ; douleurs dans l'estomac avec vomissements bilieux. (Vomissements de la grossesse.)

Kali bichrom. — Insomnie jusqu'à 2 heures du matin avec chaleur, transpiration, dyspnée, envie d'uriner. Réveil à 2 heures du matin avec nausée, émission très abondante d'urine pâle, à odeur forte.

Kali carbon. — Dyspnée et toux plus marquées de 3 ou 4 heures du matin.

Kali hydr. — Céphalalgie avec pesanteur à 5 heures du matin.

Kobaltum. — Coliques avec gargouillements, ténesme à 5 heures du matin.

Natrum carb. — Céphalalgie avec pulsation dans la tête tous les matins.

Natrum mur. — Faiblesse nerveuse, fatigue le matin, toux et expectoration de crachats jaunâtres, striés de sang ; mucosités dans le larynx. Le matin, céphalalgie avec vomissements, qui disparaît vers 10 heures. Tous les matins pression et poids dans la région génitale. (Prolapsus utère.)

Nitr. — Toux plus forte le matin, à 5 heures ; en même temps céphalalgie stupéfiante, élancements dans la poitrine et crachats sanguinolents.

Nitri acidum. — Céphalalgie le matin et vertiges ; épistaxis, sang noir en caillots ; langue blanche, sèche et grande soif.

Nux vom. — Presque tous les symptômes sont plus marqués le matin ; le patient s'éveille à 3 heures du matin, et retombe ensuite dans un sommeil pesant d'où il sort

une heure plus tard, fatigué et brisé, comme si, par exemple, il avait passé la nuit en orgies.

Petr. — Sensibilité du cuir chevelu, même au toucher, torpeur; sécheresse de la gorge et de la langue avec soif pour la bière.

Phosph. — Grande faiblesse et vertige le matin; peut difficilement se redresser, divers symptômes de céphalalgie plus marqués le matin; diarrhée pénible, fatiguante.

Phosphor. acid. — Sueurs le matin; toux quinteuse occasionnée par un chatouillement au creux de l'estomac et à la gorge; crachats le matin seulement; picotements et tiraillements le matin.

Podoph. — Céphalalgie avec la figure congestionnée, la bouche et la langue sèches; coliques avec diarrhée noirâtre, mélangée de glaires et de matières semblables à la craie et d'aliments non digérés, d'odeur très désagréable, accompagnée d'émissions de gaz abondants; à la suite, prolapsus du rectum.

Psorinum. — Diarrhée douloureuse, très pénible, souvent involontaire, liquide et noirâtre, seulement la nuit et surtout vers le matin.

Ranunc. Bulb. — Sueurs abondantes seulement le matin au réveil.

Rheum. — Grande faiblesse et lassitude de tout le corps en s'éveillant, avec mal de tête et mauvaise haleine.

Rhodod. — Douleurs dans les os et le périoste, spécialement au crâne, presque toutes plus marquées le matin.

Rhus tox. — Toux plus marquée le matin : céphalalgie, haleine très mauvaise. Les parois de l'abdomen semblent broyées quand on cherche à s'étendre le matin en s'éveillant.

Sabina. — Céphalalgie le matin.

Scilla. — Les signes du catarrhe sont plus prononcés le matin, avec vertige, nausées, coryza violent, les ailes du nez irritées ; toux facile le matin, mais plus fatiguante que celle du soir qui est sèche. Presque toutes les souffrances sont aggravées le matin.

Sepia. — Eternuement avant de se lever le matin ; réveil tous les jours à 3 heures ; toux avec expectoration le matin seulement, de crachats jaunâtres, gris verdâtre, et grande soif. Maux de cœur de la grossesse. Pulsations dans l'occiput avec faiblesse paralytique des paupières, Tous ces symptômes sont aggravés en marchant, en remuant les yeux et en se couchant sur le dos ; ils s'améliorent dans l'obscurité les yeux clos.

Staphys. — Céphalalgie comme si l'on vous mettait la tête en pièces le matin ; élancements, déchirements autour des ulcères ; maux de dents, nausées ; douleur de broiement dans le dos ; raideur de l'épaule le matin.

Stramon. — Toux quinteuse, fatiguante, aboyante, petite et perçante, revenant tous les matins, sans expectoration (asthme).

Sulphur. — Diarrhée pénible, soudaine, qui précipite le malade hors du lit. Palpitations au cœur, aux carotides et à la tête, avec saignements de nez et nausées ; plus marquées le matin au réveil, aggravées en marchant, en se baissant, en parlant et au grand air.

Tart. — Chaleur à la face et aux mains, sans soif.

Veratrum. — Durant les époques, mal de tête le matin, nausées, bourdonnements d'oreilles et douleurs de reins.

Verbas. — Réveil tous les matins à 4 heures ; langue chargée, jaunâtre.

2° Avant midi.

Argent. met. — Les douleurs et la faiblesse sont plus marquées vers midi.

Canab. sat. — Sensation comme si une pierre pressait sur la tête. Tous les symptômes d'ailleurs sont plus prononcés à la fin de la matinée.

Carbo veget. — Somnolence avant midi.

Guajacum. — Symptômes cérébraux plus marqués vers midi et particulièrement la perte de la mémoire et de l'intelligence.

Hepar sulph. — Symptômes catarrhaux et démangeaisons aux ailes du nez, plus prononcés avant midi. En même temps faim vive.

Manganum. — Sécheresse, constriction, enrouement plus accentués avant midi et au grand air.

Marum Verum Tenu. — Sensation de grande faiblesse vers midi.

Natrum Carb. — Le malade est généralement pire le matin et dans la matinée. Sensation de vide à l'estomac; faim vorace, surtout avant midi. En plus mains et pieds froids; tête chaude, frissons, le tout plus accentué avant midi.

Natrum mur. — Céphalalgie dans la matinée. Dans la fièvre intermittente le mal de tête commence dès le matin, et les frissons n'apparaissent qu'à 9 ou 10 heures.

Nux moschata. — Céphalalgie dans la matinée après le déjeuner.

Phosphorus. — Picotements, brûlements, élancements dans la tête, avec nausées et vomissements dans la matinée.

Sabadilla. — Coryza avec mal de tête stupéfiant, cha-

leur par tout le corps, picotements brûlants du cuir chevelu.

Sepia. — Mouvements de la tête en avant et en arrière, involontaires, en s'asseyant, plus marqués dans la matinée. Nausées continuelles après le déjeuner (Grossesse).

Silicea. — Faim dévorante, mais il est impossible d'avaler quelque nourriture à cause des nausées, plus marqué la matinée.

Staphysagr. — Après le déjeuner, faim canine et nausées, sensation comme si l'estomac détaché de sa place allait tomber.

Sulphur. — Tous les jours, à 10 heures ou 11 heures, tiraillements à l'estomac et grande faiblesse. Si l'on ne mange pas, cela disparaît promptement.

Sulfuric acid. — Bien des symptômes sont plus accentués la matinée ou dans la soirée.

Valeriana. — Faim canine, avec nausée, ptyalisme; il vous semble qu'un corps flottant produise des battements à la partie inférieure de l'estomac.

3° Dans l'après-midi et le soir.

Aconit. — Symptômes du côté de la poitrine surtout en se couchant sur le côté gauche ou en se levant et dans un appartement chaud.

Agar musc. — Presque un spécifique pour les engelures surtout quand elles font plus souffrir le soir et la nuit. Picotements, brûlements sur les cuisses avec desquamation le soir et la nuit. Faim canine vers le soir.

Alumina. — Enrouement dans l'après-midi et le soir.

Aloès. — Affections des membranes muqueuses plus marquées le soir.

Ambra grisea. — Les symptômes moraux et nerveux

sont plus prononcés dans la soirée. Froid des mains et des cuisses dans la soirée. Symptômes d'indigestion, renvois, etc., plus accentués le soir.

Ammon. carbon. — Frissons aux pieds, sensation de courbature dans les reins, grande fatigue, faiblesse. Frissons répétés le soir. Lassitude, angoisse profonde, appréhension dans l'après-midi, comme si on avait commis un grand crime et disposition à pleurer. Maux de dents violents aussitôt qu'on se dispose à se mettre au lit le soir. Gorge sensible à droite après dîner, chaleur de la face, avec nausées, plénitude et ballonnement de l'estomac. Le soir au lit, toux avec dyspnée, douleur violente dans l'avant-bras gauche avec une sensation telle qu'il semble qu'on vous recourbe les os en dedans.

Ammon. mur. — Picotements sur tout le corps avec somnolence. mais impossibilité de s'endormir le soir. Le soir au lit, frissons, rage de dents, élancements à l'extrémité des orteils et des doigts, avec froid aux pieds.

Anacardium. — Mémoire plus facile dans l'après-midi, sensation et pression aux tempes en dedans vers le soir: toux plus marquée l'après-midi avec chaleur et brûlure à la face et à la tête: fatigue et nausée tous les jours à 4 heures du soir.

Augustura. — Rhumatisme. Raideur, faiblesse, sensibilité, constriction de toutes les jointures et des tendons, mais surtout dans le dos et aux extrémités supérieures, vers le soir, étant assis. Violent frisson toutes les après-midi à 3 heures. Grande somnolence jusqu'à 9 heures du soir, et ensuite insomnie jusqu'à minuit.

Antim. crud. — Symptômes du côté de l'estomac plus nets dans l'après-midi et le soir.

Antim. tartar. — Appréhension, anxiété, cuisson des yeux dans l'après-midi.

Apis mellif. — Frissons et chaleur; toux, enrouement, vertiges, douleurs dans les globes oculaires, maux de dents; le tout plus violent l'après-midi.

Arg. met. — Chaleur et tremblement sans soif dans l'après-midi : le soir fièvre avec soif et céphalalgie frontale.

Arnica montana. — Toux plus forte le soir.

Arsen. alb. — Dans la fièvre intermittente le frisson commence l'après-midi. Pouls plus lent le soir que le matin.

Assa fœtida. — Vertiges avec absence et saisissement violent,sueurs froides et coliques avec perte de la vision le soir.

Asarum europ. — Douleur pressive au front et aux tempes avec tension derrière les oreilles ; cuisson des paupières, rougeur de la conjonctive, larmoiement plus vifs à cinq heures tous les soirs.

Belladona. — Attaques de névralgie toutes les après-midi à 4 heures, durant jusqu'à trois heures du matin, aggravées par la chaleur, soulagées en se couchant sur le point douloureux.

Bismuth. — Troubles de la digestion plus caractérisés l'après-midi. Grand médicament pour quelques formes d'indigestion très fréquentes.

Borax ven. — Esprit inquiet, anxieux, somnolence vers le soir ; crainte de tomber en descendant un escalier.

Bovista..— Fièvre; les frissons commencent dans le dos tous les soirs à 7 heures.

Bryonia alb. — Maux de tête plus forts à 9 heures du soir, aggravés par la marche et la chaleur.

Calad. seg. — Démangeaisons et brûlures intolérables à la vulve. Toux et fièvre ; le tout plus marqué le soir.

Calc. carb. — Frissons et palpitations de cœur. Sommeil léger avec réveil en sursaut et troubles de l'imagination le soir. Les enfants se réveillent tout à coup les yeux fixes regardant sur le mur quelque objet imaginaire, le montrent du doigt avec effroi et cherchent à s'en éloigner. (Ce symptôme a été vérifié maintes et maintes fois.)

Cantharis. — Chaleur brûlante à la tête dans l'après-midi après le dîner, avec nausée et dégoût de toutes espèces d'aliments le soir.

Caps. ann. — Toux plus violente le soir, accompagnée de plénitude dans la tête comme si elle allait éclater : nausée et vomissements accrus par la marche et le froid.

Carbo. an. — Vertige le soir et pouls accéléré.

Carbo. veg. — Angoisse indescriptible et enrouement toutes les après-midi de 4 à 6 heures : toux quinteuse et dyspnée le soir.

Caust. — Impatiences par tout le corps et les cuisses en particulier, avec chaleur de 6 à 8 heures du soir. La toux est plus forte le soir, avec impossibilité de rejeter les crachats, de sorte qu'on est obligé de les avaler ; cette toux se calme en buvant de l'eau froide.

Chamomilla. — Fièvre, toux sèche, maux de tête et maux de dents tous les soirs.

Chelid. maj. — Pesanteur, plénitude douloureuse dans le poumon droit et dans le foie, avec douleur constante à l'angle interne de l'omoplate droite, dans l'épaule et dans le bras droit, plus accentuée dans l'après-midi (pneumonie et congestion du foie). La toux est plus prononcée le matin.

Coccul. — Frissons dans les cuisses et dans le dos, surtout dans l'après-midi et le soir. Tous les symptômes du médicament sont plus accusés dans la soirée.

Colchicum. — Presque tous les symptômes sont plus accusés le soir, et particulièrement l'épistaxis.

Colocynthis. — Migraine avec nausée et vomissements, face pâle, yeux caves, plus forte à 5 heures du soir.

Crocus. sat. — Alternatives de gaieté vive, de joie frénétique, et de pleurs immodérés, ou de rire et de colère ou de mélancolie religieuse, accompagnées de frissons au bas du dos qui s'étendent dans les cuisses et sensation comme si quelque chose de vivant était dans le ventre : plus marqué le soir et aux époques menstruelles (hystérie) Le flux menstruel est noir, épais, irritant (souvent vérifié).

Cyclamen. — Frissons, grande lassitude et sommeil irrésistible le soir : pas d'appétit au souper.

Dulcamara. — Céphalalgie avec tiraillements et stupeur, plus marquée le soir.

Euphrasia. — Testicules rétractés le soir. Aggravation de tous les symptômes le soir.

Gujac. offic. — Faim violente dans l'après-midi et le soir.

Helleb. nig. — Mal de tête très violent avec pression de dedans en dehors et coryza fluent, aggravé par la marche de 4 à 8 heures du soir (inflammation cérébrale).

Hepar. sulph. — Frissons tous les soirs à 8 heures.

Hosciamus. — Symptômes céphaliques et mentaux plus accusés le matin. Le soir goût de pus dans la bouche (pulsat, le matin).

Ignat, amar, — Ne peut s'endormir le soir à cause de la faim.

Iodine. — Démangeaisons brûlantes à l'anus tous les soirs.

Ipéca. — Toux suffocante plus forte le soir (coqueluche).

Kali. carb. — Fièvre le soir ; frisson avec soif soulagé par la chaleur, puis chaleur sans soif avec coryza fluent ; ensuite sueurs abondantes et sommeil profond.

Kali. brom. — Chez les enfants coliques de 5 à 10 heures du soir.

Kali. hydr. — Frisson et somnolence de 5 à 8 heures du soir sans soif.

Lachesis. — Frissons surtout de 3 à 4 heures du soir.

Laurourosas. — Les symptômes fébriles sont plus accusés dans l'après-midi et le soir.

Ledum. pol. — Frisson avec coliques tous les soirs.

Lycopod. — Les symptômes céphaliques, la toux et la fièvre sont plus marqués de 4 à 8 heures du soir (souvent vérifié).

Magnes. carb. — La plupart de ses effets sont plus accusés de 1 à 10 heures du soir.

Magnes mux. — Frissons le soir de 4 à 8 heures.

Manganum. — Envie de dormir de bonne heure le soir.

Marun tena. ver. — Chaleur, exaltation, loquacité. Fréquent besoin d'uriner, émission d'une grande quantité d'urine pâle, ensuite douleur dans la région hépatique.

Menyanthes. — Transpiration le soir aussitôt couché.

Mercurius. — Tous les symptômes du côté des membranes muqueuses sont aggravés par l'air frais du soir.

Mezereum. — Douleur crampoïde, lancinante dans l'os malaire droit plus marquée le soir.

Moschus. — Le corps semble couvert de cuivre et de fer ; l'air ambiant paraît solide. Plus marqué le soir.

Muriatic. acid. — Engourdissement dans l'après-midi ; le soir frisson avec froid dans le dos.

Natr. carb. — Chaleur et pesanteur de la tête ; rougeur de la face ; assoupissement invincible et profond sommeil dans l'après-midi.

Nitrum. — Frisson dans l'après-midi et le soir, avec pouls plein, dur, précipité.

Nitric. acid. — Bouffées de chaleur l'après-midi ; frisson le soir ; toux sèche en se couchant.

Nux. mosch. — Langue sèche, sans soif ; faim vive ; démarche vacillante, tenue incohérente comme dans l'ivresse. Plus marqué le soir.

Nux. vom. — Céphalalgie qui débute le matin et devient plus forte l'après-midi.

Pétroleus. — Fièvre intermittente. Le frisson commence à 7 heures du soir, est suivi de sueurs avec les pieds froids.

Phosphorus. — Frissons dans l'après-midi et le soir suivis de chaleur, de soif, chaleur dans le dos et rougeur circonscrite des joues. Fièvre hectique le soir avec faiblesse et diarrhée.

Phosph. acid. — Alternatives de froid et de chaud avec cuisson des yeux et des paupières, sans soif, le soir.

Platina. — Céphalalgies le soir, d'origine utérine. Baillements nombreux dans l'après-midi et le soir frissons accompagnés de tremblement général de tout le corps.

Plumbum. — Frissons, soif violente et rougeur de la face le soir.

Pulsatilla. — Les troubles cérébraux et la plupart des autres symptômes sont plus accusés vers le crépuscule. Quand les ombres du soir approchent, l'esprit est envahi de sombres présages.

Ranuncul. bulb. — Céphalalgie du sommet avec pression sur les globes oculaires. Bourdonnements d'oreilles; nausée ; chaleur de la face, rougeur des joues avec pieds et mains froids et frissons dans l'après-midi et le soir.

Ranuncul. scel. — Dépression, lenteur de l'intelligence avec douleur de contusion dans la poitrine et faiblesse le soir.

Rhododend. Chaleur fébrile le soir, la face brûlante et les pieds glacés.

Rhus. tox. — Fièvre intermittente. Dans l'après-midi frisson avec soif, la fièvre devenue violente, tiraillements douloureux dans les cuisses, sans soif; souvent à la suite des sueurs d'odeur aigre le soir.

Rumex. crisp. Toux voilée, aboyante, commençant tous les soirs à 11 heures. A 2 et à 5 heures du matin, les quintes durent une heure sans relâche.

Sarsaparilla. — Chaleur avec transpiration au front seulement; pouls rapide et palpitation de cœur le soir.

Selenium. — Céphalalgie toutes les après-midi. Urines rouges avec dépôts sablonneux. Desquamation par plaques à la paume des mains avec violente démangeaison.

Sepia. — Bouffées de chaleur avec soif sans rougeur de la face dans l'après-midi et le soir, plus marquées en s'asseyant au grand air.

Silicea. — Démangeaisons brûlantes à l'occiput plus marquées le soir en se déshabillant : frissons; chaleur violente, soif vive, transpiration surtout de la tête; tous les soirs de 3 à 5 heures.

Stannum. — Chaleur avec transpiration toutes les après-midi de 4 à 5 heures.

Staphysagria. — Eruptions humides, fétides, couvertes

de croûtes surtout derrière la tête; démangeaisons pires à 3 heures du soir. Frissons à la même heure.

Strontiana carb. — Sensation toute particulière comme si la peau était resserrée et tirée du sommet de la tête à la mâchoire supérieure toutes les après-midi : les autres parties du corps sont aussi le siège d'une sensation analogue comme si la peau était toute tirée en même temps.

Sulphur. — A 4 heures du soir tous les jours, la tête est penchée vers l'épaule gauche, sans douleur, et demeure ainsi jusqu'à ce que le patient ait dormi. Le matin, tout est normal (souvent vérifié). Epistaxis à 3 heures du soir.

Sulphuric acid. — Dans la soirée, bouffées de chaleur avec saignement de nez. Sang rouge, brillant, écumeux. Maux de dents plus forts le soir.

Thuya occ. — Céphalalgie et frissons plus marqués à 4 heures du soir et à 8 heures du matin.

Valeriana. — Douleurs dans la tête et phénomènes d'hystérie plus marqués dans la soirée.

Viola tric. — Chaleur de la face sur le côté où l'on ne se couche pas, plus marquée le soir.

Zinc met. — Coliques flatulentes, et disposition à la tristesse ; sensibilité du cuir chevelu, en particulier au sommet de la tête, dans la soirée (1).

Traduit par le D[r] SOURICÉ.

---

(1) D[r] R.-H. MARTIN. In the homœopathic Worl. May and june 1890. Reproduit de the North American journal of homœopathy, vol. XIX et XX.

MEMENTO THERAPEUTIQUE

TRAITEMENT DES ABCÈS DU FOIE.

Les abcès du foie sont extrêmement rares dans notre pays où ils sont habituellement le résultat d'une oblitération des voies biliaires par un calcul, une hydatide ou un lombric, égaré dans les voies biliaires ; ils peuvent,aussi, survenir à la suite d'un traumatisme. Dans les pays chauds, les abcès du foie sont le plus souvent liés à la dysentérie.

L'abcès du foie est une affection fréquente de la diathèse purulente ; mais, dans ce cas, il ne demande pas un traitement particulier.

Les principaux médicaments sont : lachesis, mercurius, arsenicum, silicea.

1° *Lachesis.*—Les abcès du foie sont une des lésions produites par les piqûres de serpent. Le lachesis est encore indiqué par l'ictère, la douleur dans la région hépatique, le mouvement fébrile remittent et la prostration.

Vipera torva est préférée au lachesis par quelques médecins ; du reste, en France, nous ne possédons point la première dilution de lachesis, et, si on veut une dose forte il faut s'adresser à vipera.

Doses et mode d'administration. — De la 3ᵉ à la 12ᵉ dilution ; deux gouttes dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les deux heures, quand la marche de la maladie est aiguë, et seulement 4 cuillerées par jour, dans les abcès chroniques.

On peut prescrire la 1ʳᵉ et la 2ᵉ trituration de vipera, 0,25 centigrammes dans 200 grammes d'eau administrées de la même manière.

2° *Mercurius.* — Ce médicament est indiqué par des douleurs brûlantes, lancinantes ou contusives dans la région du foie, par l'hypertrophie et la dureté de cet organe ; par l'ictère, par un mouvement fébrile avec sueurs abondantes ; il peut être alterné avec lachesis.

Doses et mode d'administration. — Les mêmes que pour le médicament précédent.

3° *Arsenicum.* — Ce médicament convient dans une période avancée ; il est indiqué par la prostration des forces, un mouvement fébrile rémittent et l'état grave qui accompagne les suppurations internes.

Doses et mode d'administration. — De la 6e dilution à la 3e trituration, ou mieux à la 2e trituration.

4° *Silicea.* — Ce médicament, qui est indiqué dans toutes les suppurations, convient particulièrement quand il y a gonflement et dureté du foie, douleur pulsative augmentant par le toucher et par le mouvement.

Doses et mode d'administration. — La 30e dilution me semble avoir une action plus efficace que les basses dilutions ; cependant, les succès obtenus par les dilutions de Jenichen prouvent que les basses dilutions sont aussi très efficaces ; je dis, basses dilutions, parce que les prétendus deux centièmes et même 40 millièmes de Jenichen ne sont probablement que des quatrièmes dilutions secouées 200 fois ou 4,000 fois. Pratique puérile qui n'ajoute rien à l'activité des médicaments, et qu'il faut une bonne fois balayer de la thérapeutique expérimentale.

Traitement chirurgical.

Aussitôt qu'on a pu constater la fluctuation, l'intervention chirurgicale s'impose ; cette intervention, entourée des précautions nécessaires pour empêcher l'écoulement

du pus dans le péritoine et pratiquée suivant les règles de l'antisepsie, est exempte de danger, et conduit souvent à la guérison.

TRAITEMENT DE LA CIRRHOSE.

La cirrhose est une affection grave et assez commune aujourd'hui, caractérisée anatomiquement par l'inflammation interstitielle et la prolifération du tissu conjonctif. C'est la sclérose du foie.

Cette lésion est engendrée par des congestions et des inflammations successives du tissu hépatique, et elle survient dans le cours des *maladies du cœur*, de l'*alcoolisme*, de la *cachexie intermittente* et de la *syphilis*.

Il y a deux variétés de cirrhose : la *cirrhose atrophique* produite par l'inflammation du tissu hépatique et la prolifération du tissu conjonctif qui l'entoure des radicules de la veine porte et la *cirrhose hypertrophique* ou *cirrhose biliaire* qui se rattache à l'étranglement des canaux biliaires par le tissu conjonctif.

La *cirrhose atrophique* est caractérisée par la diminution du volume du foie, l'ascite et le développement d'une circulation complémentaire par les veines superficielles de la paroi abdominale.

La cirrhose atrophique est une maladie de l'âge adulte; quand elle est due à l'alcoolisme, elle est produite surtout par l'usage de l'eau-de-vie prise le matin à jeun.

La cirrhose hypertrophique est caractérisée par le développement du foie qui remplit la partie supérieure de l'abdomen, par un ictère qui augmente progressivement, par l'absence d'ascite et de circulation collatérale.

La cirrhose hypertrophique se rencontre surtout chez les buveurs de vin et dans la lithiase biliaire.

Les médicaments principaux sont : phosphorus, plumbum, iodium, lycopodium, aurum, ferrum, mercurius.

1° *Phosphorus.* — Wagner a démontré que l'empoisonnement chronique par le phosphore produit une hépatite interstitielle avec hypertrophie d'abord, puis atrophie du foie et aspect granuleux. Le phosphore produit encore l'ictère, l'hydropisie et des troubles gastriques divers. Ce médicament est donc formellement indiqué dans les deux variétés de cirrhose ; du reste, il a été employé avec succès par le docteur Salzer, de Calcutta.

Doses et mode d'administration. — Le phosphore sera administré de la 3ᵉ à la 6ᵉ dilution, trois fois par jour, pendant 20 jours. Repos 4 jours et recommencer.

2° *Plumbum.* — Coutenot a noté l'hypertrophie et la cirrhose du foie avec ictère ; d'autres auteurs ont signalé, au contraire, un foie douloureux et rétracté, mais je ne connais pas de fait clinique qui justifie l'emploi de plumbum dans le traitement de la cirrhose.

3° *Lycopodium.* — Le docteur Childs rapporte un fait d'affection hépatique avec ascite ayant nécessité la ponction seize fois en un an (probablement une cirrhose atrophique) ayant guéri définitivement par lycopodium 30ᵉ.

La pharmaco-dynamie du lycopode donne les symptômes suivants : foie douloureux à la pression, élancements pénibles ; foie tuméfié, ascite avec œdème des membres inférieurs.

4° *Ferrum.* — Les symptômes hépatiques produits par ce médicament sur l'homme sain sont mal connus ; mais Cruvellier rapporte un cas de guérison d'hypertrophie du foie avec ictère.

5° *Mercurius.*—Ce médicament a produit chez l'homme sain douleur et pesanteur dans la région hépatique, gon-

flement du foie, ictère. Le Dr Piedvache préconise ce médicament dans le traitement de la cirrhose hypertrophique.

6° *Aurum.* — La littérature homœopathique contient un certain nombre de guérisons d'affections hépatiques avec ascite.

On le voit, nous sommes encore bien pauvres pour le traitement de la cirrhose ; cependant, ne perdons pas de vue que cette maladie n'est point absolument incurable comme on l'a trop souvent répété ; qu'il existe, aujourd'hui, dans les deux écoles des cas incontestables de guérisons.

Le régime lacté est un auxiliaire puissant du traitement de la cirrhose.

Dr P. Jousset.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Moyens de reconnaitre le cysticerque du tænia inerme du bœuf. — Pathogénie de l'albuminurie et du mal de Bright. — Du cannabis indica dans le traitement des dyspepsies. — Curettage de l'utérus dans les métrites. — Rupture de l'utérus. — Constitution histologique et composition chimique des laits. — Examen histologique d'un testicule éléphantiasique. — Ablation d'un morceau du foie.

I

Suivant qu'il l'avait annoncé, M. Laboulbène, après avoir montré comment il se fait que les *cysticerques du*

tænia du bœuf disparaissent à l'air, au point qu'il devienne rapidement impossible d'en reconnaître l'existence, a donné, dans une note ultérieure, les moyens de ne pas s'y tromper. Le meilleur moyen d'étudier la question était de faire avaler à des veaux des cucurbitains mûrs de tænias inermes et c'est ce qui a été fait. Les cysticerques, développés quelques semaines après l'ingestion, étaient visibles sous la langue, à l'état d'enkystement, et on les a constatés dans l'épaisseur des muscles de la fesse, dont on avait enlevé un morceau. L'animal tué et dépécé, on retrouvait les kystes partout, dans tous les muscles, sauf le cœur et le diaphragme. C'est par évaporation du liquide contenu dans le petit kyste que le cysticerque cesse d'être visible, de sorte qu'il suffit d'humecter le fragment de chair musculaire d'un peu d'eau stérilisée pour faire réapparaître la vésicule blanchâtre caractéristique. Quand on sait cela, cette ladrerie devient plus facile à trouver que la trichine du porc.

M. Laboulbène ajoute une remarque pratique des plus rassurantes, à savoir que le cysticerque inerme ne peut supporter, sans périr, une bonne cuisson : il suffit que le morceau de viande suspecte subisse, dans son intérieur, une température de 50 à 60 degrés. Quant à la pulpe de viande crue, elle serait tout aussi inoffensive, si l'on prend la précaution de la faire passer à travers les mailles d'un très fin tamis.

M. Rochard se souvient d'une épidémie de tænia, survenue à bord d'un navire en rade de *Beyrouth* : c'était bien le tænia inerme, dont les cysticerques furent vus dans la viande donnée aux marins. Or la viande était, avant d'être mangée, bouillie à la chaudière, en très gros morceaux : il faut évidemment que les morceaux soient

très divisés, pour que leur température centrale atteigne le degré suffisant. Cela a été autrefois bien étudié pour la trichinose, et la trichine est plus résistante à la cuisson que le cysticerque inerme.

M. Constantin Paul partage l'avis général, que le tænia armé est devenu extrêmement rare. C'est ce qui faisait dire au spirituel Lasègue que, *depuis la guerre, le tænia seul avait désarmé.*

II

M. Semmola, correspondant étranger, reprend la thèse qu'il soutient, sans se lasser, depuis quarante ans, c'est-à-dire qu'en général, *la lésion rénale est secondaire à l'albuminurie* : il n'y a d'exception que pour les néphrites ascendantes, les néphrites réactives et les néphrites artérielles. Les néphrites toxiques ne formeraient une classe à part qu'en apparence, puisqu'elles sont dues à l'élimination de matériaux accidentellement contenus dans le sang.

Au cas improbable où quelqu'un l'aurait oublié, voici la théorie du professeur italien : l'affection première, dans le mal de Bright, est l'altération des albuminoïdes du sang, la difficulté de leur assimilation et, par suite, leur élimination forcée par le rein. C'est cette élimination pathologique qui engendre secondairement les lésions de la néphrite, de la même manière que les particules de plomb, en traversant les éléments du rein, chez les saturnins, créent la néphrite saturnine bien connue.

Comment le démontrer? La chose n'était pas facile, la chimie biologique n'ayant démontré, jusqu'ici, qu'un seul fait, à savoir que la *sérine* des brightiques est très diffusible : c'était prévu; mais cette diffusibilité existait-elle,

avant la lésion rénale ? Nul ne le sait assurément. M. Semmola ne pouvait donc établir qu'une démonstration indirecte, et il invoque deux ordres de preuves :

1° Des raisons de sentiment, pour ainsi dire : le défaut de concordance entre le degré de la lésion rénale et la quantité d'albumine éliminée, tant pour les néphrites dites spontanées que pour les néphrites toxiques et expérimentales ; les différences que le régime alimentaire introduit dans la quantité de l'albumine.

Certainement, la concordance demandée n'existe jamais : le chiffre élevé de l'albumine au début de certaines néphrites épithéliales, l'albuminurie faible ou nulle du petit rein rouge des artério-scléreux, sont des notions classiques ; l'albuminurie du cantharidisme est plus légère que celle que donne le mercure. Mais cela prouve que les lésions sont différentes, et je ne vois rien ici de comparable. Mais les lésions fussent-elles absolument semblables, pourquoi les symptômes, y compris l'albuminurie, seraient-ils identiques et égaux en degré d'un sujet à l'autre ? Cela se vit-il jamais en clinique ? Personne n'a jamais prétendu que la quantité d'albumine pathologiquement excrétée fût un élément absolu de pronostic. Dans aucune maladie, les symptômes fonctionnels, d'intensité fort variable, ne sont exactement proportionnels aux lésions, dont le degré ne diffère pas moins, mais suivant d'autres lois.

Quel argument tirer des variations de l'albuminurie, d'après le régime alimentaire ? On voit, chaque jour, le lait, le régime maigre, diminuer énormément l'albuminurie, que la viande tend à faire augmenter. Mais quel est le mécanisme de cet étonnant phénomène, complété par cet autre fait remarquable que les néphrites elles-mêmes,

à la période curable, sont heureusement modifiées par le régime lacté ou le végétal? Je ne crois pas que l'on sache rien là-dessus. Si on veut édifier des hypothèses, en voici de plus logiques que celle de M. Semmola : ce serait, d'une part, que les albumines ne pouvant être renouvelées que par l'alimentation, leur nature varie beaucoup, comme leur diffusibilité, suivant la qualité des aliments; d'autre part, que, aussi bien que les aliments influent, à l'état physiologique, sur les fonctions du rein; ils influent, et sans doute davantage, sur le rein malade. A n'en pas douter, la seconde raison est la meilleure, et elle fournit une interprétation plausible du fait classique, qui étonne tant l'auteur.

2° Par quel procédé expérimental M. Semmola entend-il prouver que la lésion rénale, loin de préexister à l'albuminurie, est le résultat du passage anormal de l'albumine, préalablement et pathologiquement modifiée dans sa diffusibilité, à travers les glomérules et les tubes contournés?

Il a montré, dès, 1883 que les injections sous-cutanées de blanc d'œuf étaient capables de produire des altérations rénales consistant dans une hyperémie avec hémorrhagie intra-glomérulaire, inter et intra-tubulaire, migration considérable des leucocytes, tuméfaction trouble des épithéliums, des tubuli, nécrose épithéliale, etc. Depuis lors, il a voulu imiter davantage la nature, en prolongeant très longtemps les injections, rendues inoffensives par la stérilisation de l'aiguille : elles ont été ainsi continuées, une fois pendant 82 jours, en commençant par une petite dose de blanc d'œuf, et en augmentant après le dixième jour, jusqu'à 40 grammes par jour, partagés en deux injections, c'est-à-dire 20 centigrammes par kilogramme d'animal. L'albuminurie se montra dans

les premières 24 heures, en s'accroissant successivement, au point de dépasser considérablement la quantité injectée qu'elle n'égalait pas tout d'abord. On ne retrouvait pas seulement alors, dans l'urine, le blanc de l'œuf de la poule, mais de la sérine de fabrication humaine. La présence de celle-ci se retourne évidemment contre M. Semmola et sa doctrine : le blanc d'œuf n'était point assimilable et s'éliminait, en partie, par le rein; peu à peu, il a déterminé une néphrite toxique, et c'est alors seulement que l'albuminurie véritable a débuté, en se manifestant par la présence de la sérine dans l'urine. Il y a plus encore. L'expérience précitée reproduit-elle donc le mal de Bright? Je transcris la note de M. Cornil sur les caractères de la néphrite provoquée par le blanc d'œuf : « Néphrite légère caractérisée par la congestion, le rem- « plissage et la distension des vaisseaux, surtout dans « certains glomérules, la mortification, l'état granuleux « et hydropique de beaucoup de cellules et des tubuli « concorti ». Mettons de côté la question de degré : de bonne foi, ces lésions élémentaires du rein représentent-elles le début de la maladie de Bright? Personne ne répondra affirmativement.

Enfin M. Semmola invoque un argument qui ne me semble pas plus probant que les autres : l'expérience étant suspendue, sur un chien au 45e jour, il remarque que l'albuminurie a disparu assez promptement après, mais que l'animal étant sacrifié, il persistait encore quelques altérations rénales, quoique très atténuées. Ces altérations auraient dû, suivant lui, entretenir l'albuminurie plus longtemps, si elles n'étaient pas secondaires. Je ne vois pas trop ce que cela prouve, et il me semble que le cas particulier rentre encore dans une loi pathologique générale.

En résumé, M. Semmola n'a rien prouvé, sinon que le blanc d'œuf est inassimilable, et détermine, si on l'introduit de force dans la circulation, une néphrite albumineuse légère et curable. Mais sur la question de savoir si, chez l'homme malade, il se produit dans le sang, une albumine inassimilable, comparable, en quelque façon, à l'albumine de l'œuf de la poule, s'éliminant comme cette dernière, à travers le rein, aucun commencement de démonstration n'en a été fait. La vraisemblance n'est pas même de ce côté. L'auteur de la doctrine, qu'on me pardonne de le dire, a dû être influencé, dans sa conception, par la comparaison, voulue ou involontaire, avec le diabète, dont les théories les plus accréditées sont humorales. Son esprit a été suggestionné dans ce sens, d'où un parti pris, une idée préconçue, qui le poursuit sans cesse, sans qu'il s'en rende compte. Or il faut bien avouer que le mécanisme de la glycosurie nous est absolument inconnu, et que, si nous savons quelque chose de la glycogénie, nous ne connaissons pas le premier mot au sujet du mode de destruction du sucre produit dans l'organisme. Si nous sommes plus avancés quant à l'albuminurie, c'est précisément parce que l'histoire des néphrites nous en a fait connaître le mécanisme, au moins en partie, c'est-à-dire en laissant subsister de nombreuses inconnues. Ces données acquises, et déjà bien établies, M. Semmola nous les veut faire abandonner pour une simple hypothèse, à l'appui de laquelle, je lui en demande pardon, il n'apporte aucun semblant de démonstration. La réfutation était si facile que, contrairement à mes habitudes d'exposition impartiale, je me suis laissé aller à enfreindre la consigne. Que mon rédacteur en chef me le pardonne.

M. Hayem oppose simplement au préopinant une expérience irréfutable :

« J'ai trouvé, dit-il, un jour à la fourrière un chien qui avait tous les symptômes de la maladie de Bright avancée. Ce chien pesait une douzaine de kilogrammes ; j'en ai pris un autre de 4 kilogrammes que j'ai placé sur une balance et que j'ai saigné à blanc. Immédiatement, je lui fis une transfusion du sang du chien brightique, et j'injectai un poids égal à celui du sang enlevé par la saignée. Ce petit animal supporta la transfusion du sang brightique, comme si j'avais injecté du sang absolument physiologique. Je refis une seconde fois l'expérience avec le même résultat ».

Si donc il existe une dyscrasie comme cause de la maladie de Bright, on n'a pas encore établi qu'elle est due à l'altération des albuminoïdes du sang.

M. Semmola répond à M. Hayem, sans ajouter aucun fait aux arguments que nous avons résumés, mais il avoue qu'il ne connaît rien touchant les altérations du plasma dans le mal de Bright.

M. Hayem ne demandait pas autre chose et se déclare satisfait.

III

M. Germain Sée vient de découvrir le *cannabis indica*. Silence donc à l'*homœopathie*, s'il lui plaisait d'élever des revendications, ce que ses sectateurs ont d'autant moins l'envie de faire qu'ils ont la prétention de connaître un peu mieux les indications de ce médicament. Ils ne se taisent que trop, hélas ; mais ils sont philosophes et patients, sachant que leur tour viendra. Résumons d'abord ce que M. Sée vient de proclamer *urbi et orbi* :

Le canabis indica diffère peu ou point du chanvre de nos pays (*C. Sativa*), sinon par le degré d'activité. On a isolé de la plante un alcaloïde, la *cannabinine*; une matière résineuse, le *cannabinon*; une huile éthérée, le *cannabène*, un *glycoside somnifère*. Les produits purs suivants ont été essayés sans succès : le *tannate de cannabine*; la *cannabine pure*; le *cannabinon*, qui est du haschich dont on a retiré la *tétanine*.

Les préparations dont s'est bien trouvé M. Sée sont les *extraits* et la *teinture alcoolique*. Il existe même trois extraits, à savoir : l'extrait fort ou *haschichine*; l'extrait fait avec l'alcool faible; l'*extrait gras*, lequel est une solution de la haschichine dans du beurre, dans la proportion de 1/20. Les doses quotidiennes sont de 5 centigrammes d'extrait gras et de 1 à 2 grammes de teinture forte. A partir de 10 centigrammes, les accidents toxiques se montrent d'une manière certaine.

Nous ne suivrons pas M. Sée dans son histoire bien connue des dyspepsies, divisées par lui en deux groupes absolument séparés : les *dyspepsies chimiques primitives*, idiopathiques et indépendantes des lésions anatomiques; les *névroses proprement dites*, sans troubles digestifs vrais, c'est-à-dire sans dyspepsie (*sic*), et caractérisées uniquement par des troubles sensitivo-moteurs. Nous lui laissons, par conséquent, la responsabilité de cette distinction absolue, qu'il est vraisemblablement seul dans le monde à admettre. C'est pourquoi je n'indique encore que pour mémoire sa division des dyspepsies chimiques en *hyperacides*, chlorhydriques, lactiques ou acétiques, et en *anacides*.

Lorsqu'il aborde le côté clinique, le savant professeur serait capable de nous étonner, si nous ne connaissions

l'ingéniosité de son esprit; car il nous confesse que les symptômes sont les mêmes dans les deux catégories de dyspepsies vraies ou fausses: troubles de la sensibilité; troubles moteurs parétiques; phénomènes gazeux; troubles connexes de l'intestin; vertiges, maux de tête, troubles cardiaques et respiratoires; modifications du système nerveux central, telles que l'hypocondrie, l'hystérie. Le diagnostic ne peut donc être fait que par l'analyse du contenu de l'estomac retiré avec le tube Fauché : les formes cliniques sont les mêmes dans les deux catégories. Voilà où se montre l'étroitesse d'esprit du vulgaire, de ce *vulgum pecus* au-dessus duquel plane M. Sée. On concevrait l'admission de cinq formes correspondant aux cinq espèces de désordres fonctionnels indiqués plus haut, suivant la prédominance de telle ou telle espèce, et en ajoutant que les troubles chimiques de la digestion peuvent se rencontrer dans toutes les formes, sans faire peut-être absolument défaut dans aucune d'elles; car c'est là la vérité. Mais que vient faire la logique en cette affaire? Ne faut-il pas du nouveau, à tout prix, *dût le malade en crevare ?*

Quelles sont donc les indications du cannabis dans les dyspepsies et névroses gastro-intestinales? M. Sée les étudie successivement par rapport aux cinq ordres de phénomènes qu'il a décrits ci-dessus.

Dans toutes les catégories de malades, le *médicament supprime les douleurs et les sensations anormales.* L'hyperesthésie de la muqueuse disparaît; de même que les irradiations douloureuses, les crampes d'estomac, la cardialgie; *les sensations gustatives et l'appétit reparaissent.*

Le cannabis est inefficace quant à l'*atonie stomacale.* Par contre, il apaise les *vomissements muqueux,* qui se pro-

duisent à jeun, mais n'a que peu d'action sur les vomissements alimentaires.

Les effets sont nuls sur la *pneumatose*, comme sur l'atonie qui en est la cause : il favorise cependant l'élimination des gaz par le haut, et rend les éructations moins pénibles. Le sentiment de brûlure disparaît, sans que le *pyrosis* soit modifié.

Sur les *phénomènes chimiques de la digestion stomacale*, le cannabis ne peut rien. Il peut tout, au contraire, si la digestion n'est que ralentie et douloureuse. Nulle semble être son action sur la *digestion intestinale*, sur l'atonie intestinale habituelle des vieux dyspeptiques.

Voici, enfin, les *troubles nerveux réflexes*, vaso-moteurs et autres, sur lesquels le médicament a les meilleurs effets. Ces effets, l'auteur les attribue à la modification préalable de la névrose stomacale.

La longue exposition de M. Sée, dont nous n'avons donné que la substance, pourrait se résumer en ces deux lignes : *il n'y a qu'une seule indication du cannabis* dans les dyspepsies, et, quelle qu'en soit la forme, c'est *la douleur, l'hyperesthésie de la muqueuse et les réflexes qui en résultent.* Je défie qui que ce soit, qui aura lu et relu la fastidieuse logomachie pseudo-scientifique du savant professeur, d'y trouver autre chose.

Je n'ai nulle envie de faire ici le procès de cette thérapeutique inqualifiable, dont tout l'art des indications se réduit à une vague formule. Je veux encore bien moins entreprendre de poser, en face de ces errements, les bases de la thérapeutique positive. Je ne ferai, par conséquent, remarquer que ceci, c'est que M. Sée méconnaît les effets du cannabis sur le système nerveux général, en attribuant les bons résultats obtenus de ce côté aux consé-

quences indirectes de l'action favorable exercée sur l'estomac. En second lieu, les symptômes gastriques du remède sont très accusés et particuliers : le soulagement que les dyspeptiques, ou plutôt certains dyspeptiques peuvent éprouver de son emploi, est entièrement conforme à la *loi de similitude*, de sorte qu'avant d'y avoir recours, il est de toute nécessité de vérifier si les symptômes gastriques sont conformes aux effets pathogénétiques du médicament, sans préjudice de la similitude concordante des symptômes observés du côté du système nerveux cérébro-spinal. Le secret, sans doute, des succès relatifs de M. Sée, succès dont, d'ailleurs, il faut toujours rabattre avec lui, ce secret, dis-je, c'est qu'il a eu affaire à des névrotiques.

M. Dujardin-Beaumetz ne partage pas les idées de M. Sée sur la question pathologique, persuadé qu'il est que l'hyperchlorhydrie et l'hypochlorhydrie ne rendent pas compte, dans la majorité des cas, des troubles chimiques de la digestion. Quant à la thérapeutique, le médecin de Cochin ne me semble pas posséder beaucoup plus de lumières que le préopinant ; mais au lieu de combattre le symptôme douleur par le cannabis, il lui oppose le *condurango*, lequel ne serait pas un remède du cancer, mais de la dyspepsie douloureuse.

M. Hayem poursuit des recherches qui tendent à faire mettre en doute l'opposition admise par M. Sée entre les dyspepsies chimiques et non chimiques. Ainsi *sur* 160 *cas de dyspepsies diverses le chimisme stomacal ne s'est rapproché de l'état normal que* 6 *fois*. Dans 3 de ces 6 cas, il s'agissait de malades guéris au moment de l'examen ; les trois autres n'étaient pas plus névropathes que le commun des dyspeptiques. Dans toute dyspepsie, on trouve des altérations chimiques, des troubles mécaniques, des troubles ner-

veux. Et même, on observe assez souvent de grandes modifications du chimisme stomacal, chez des névropathes ne se plaignant pas de mauvaises digestions. La conclusion serait que M. *Sée a édifié un véritable roman.*

IV

La question du *traitement chirurgical des métrites*, et du curettage en particulier, semble à beaucoup de bons esprits, être encore fort éloignée d'une solution, de telle façon que le plus sage, en attendant, est de se borner à enregistrer les documents, d'où qu'ils viennent. A ce titre, le rapport de M. Polaillon sur un mémoire de M. Doléris est plein d'intérêt, le nombre des malades traités étant très considérable.

La méthode de M. Doléris est basée sur les deux formules suivantes : innocuité du traitement sanglant intra-utérin, antiseptique ; les formes rebelles de l'endométrite ne peuvent guérir que par la modification directe, chirurgicale, de la muqueuse utérine.

L'*écouvillonnage* qu'il a imaginé, il y a six ans, suffit souvent à remplir le but, pourvu que l'écouvillon soit imbibé d'un liquide antiseptique approprié. Contre certains cas invétérés, l'écouvillonnage échoue, et doit alors être remplacé par le *curettage*, et quelquefois précédé du curettage, la combinaison des deux moyens n'étant pas de trop en certaines circonstances. C'est ainsi que M. Doléris a institué une méthode qui lui est propre, bien que ce ne soit pas lui assurément qui ait relevé le curettage du long discrédit où il était tombé depuis *Récamier*, son inventeur.

On connaît les temps successifs du procédé : dilatation préalable des cavités du corps et du col ; irrigations intra-

utérines antiseptiques, avant et après l'opération, abaissement fixateur du museau de tanche pour l'opération. Enfin, depuis deux ans, il a institué le drainage antiseptique permanent de la cavité utérine. Le raclage se fait de deux façons, soit avec une curette très tranchante, ce que l'auteur semble réserver pour le col, soit avec une curette un peu mousse, ainsi qu'il paraît qu'il le fait pour la cavité du corps. Cependant, les glandes hypertrophiées de la muqueuse du corps envahissent souvent le tissu musculaire.

Quoi qu'il en soit, M. Doléris a, depuis dix ans, traité 700 malades par l'écouvillonnage et le curettage, soit isolés soit combinés; mais il ne donne pas les résultats détaillés de cette pratique considérable, se contentant de fournir ces chiffres : proportion de 62 guérisons pour 100. La cautérisation, qui à donné à M. Polaillon 82 guérisons sur 100 cas, lui paraît supérieure. Le rapporteur est d'autant moins facilement d'accord avec l'auteur du mémoire que la dernière partie de celui-ci est employée à faire le procès de la méthode de la cautérisation. Le peu que j'ai personnellement observé des effets et des suites de la cautérisation seraient de nature à me faire partager l'avis de M. Doléris sur ce point, mais sans me rendre plus enthousiaste au sujet de la curette. Je sais bien que ces méthodes ont donné de bonnes et solides guérisons, mais aussi que de nombreuses malades peuvent guérir sans opérations.Ce qu'il s'agit de savoir, et l'on ne devrait jamais l'oublier en médecine, ce sont les indications des méthodes opératoires en général, c'est-à-dire des cas où la thérapeutique médicale ne peut suffire, et ensuite les indications comparées des deux méthodes chirurgicales rivales.

On nous dira : la première méthode conviendra mieux à la métrite de Mme X., pour telle et telle raison, tandis que la seconde sera préférable dans le cas de Mme Y. Au lieu de cela, que voyons-nous? M. A. traite par le curettage toutes les métrites qui lui tombent sous la main, et le Dr B. ne manque pas une seule fois d'appliquer la flèche de chlorure de zinc aux utérus qui lui font l'honneur d'invoquer ses lumières. Je me garderai de médire des spécialistes, aujourd'hui qu'ils tiennent le haut du pavé et éclaboussent bruyamment le praticien vulgaire, comme Boileau nous raconte du célèbre Guénaut ; et voilà pourtant l'œuvre des spécialistes : chacun d'eux se croirait déshonoré, s'il n'avait inventé un procédé infaillible qu'il s'empresse d'appliquer à tout, ce preux moderne ne connaissant pas d'obstacle, et ne refusant qu'au seul pape de Rome l'infaillibilité doctrinale.

Ce qui me dépasse plus encore, c'est de voir l'Académie de médecine confier la tâche de rapporteur d'un mémoire sur une méthode chirurgicale exclusive à un chirurgien connu pour prôner, non moins exclusivement, une méthode absolument opposée. Jeunes gens, croyez, après cela, à l'impartialité académique.

V

M. Guéniot communique un cas de rupture de l'utérus qu'il a observé à la Maternité : fait qui témoigne de l'innocuité de la pratique hospitalière, depuis les antiseptiques, puisque la guérison est ici aussi étonnante que celle que le Dr Thévard présentait à l'Académie, il y a quelques semaines, et dont parlait notre dernier numéro. Le fait renferme, en outre, un précieux enseignement.

Une femme de 32 ans, habitant Ivry, entré à la Maternité le 14 juillet dernier, c'est sa troisième grossesse, et elle est à terme. Des tentatives infructueuses de version avaient été faites dans la matinée : pendant le trajet d'Ivry à la Maternité, les douleurs cessent brusquement. C'est sans doute à ce moment que s'est opérée la rupture ; car, à son entrée dans le service, on constate que le pouls est petit et d'une grande fréquence : cependant visage peu altéré, pas de vomissements. L'utérus est de forme irrégulière et extrêmement douloureux, surtout au côté droit ; on perçoit les parties fœtales, comme si elles étaient sous la paroi abdominale ; pas de bruit cardiaque à l'auscultation. Dilatation complète et avant-bras grauche procidant à la vulve.

Mme Henry se met immédiatement en devoir de pratiquer la version : sa main gauche rencontre sur le côté droit de l'utérus, immédiatement au-dessous de l'anneau de contraction, une large déchirure à travers laquelle le fœtus est fortement engagé. La main du reste manœuvre dans le ventre, car le ligament rond d'abord, puis le bord inférieur du foie sont nettement reconnus. Cela n'empêche pas le fœtus d'être extrait par les voies naturelles, mais il était mort. Puis le placenta est expulsé par l'utérus jusque dans la cavité péritonéale, d'où il fallut aller l'extraire avec les doigts.

M. Guéniot, prévenu, ne crut pas devoir pratiquer la laparotomie pour nettoyer le péritoine : boissons alcooliques, injections sous-cutanées d'éther, immobilité, sac de glace sur le ventre, avec compression légère de l'abdomen ; cathétérisme de la vessie ; injections antiseptiques répétées dans le vagin ; crayons iodoformés et tampons de glycérine iodoformée jusqu'au fond du vagin ;

injections sous-cutanées de morphine à très faible dose.

Les jours suivants, le pouls et la respiration restèrent d'une grande fréquence ; la température, pendant les deux premiers, ne dépassa pas 37°, mais s'éleva à 39 le quatrième jour, avec vomissements et léger ballonnement. Il se faisait sans doute de la péritonite adhésive, car dès le sixième jour, le thermomètre redescendait à 37,4. Quelques oscillations ensuite, deux frissons, un peu de diarrhée, et au vingt et unième jour, la guérison était définitive.

Cette observation prouve, ajoute M. Guéniot, que la toilette du péritoine, à l'aide de la laparotomie, n'est nullement nécessaire, si le fœtus, le délivre, les mains de l'accoucheur ne contiennent pas de matières septiques. Elle prouve encore le bon état sanitaire de nos hôpitaux, et en particulier de ces vieilles salles de la Maternité, qui ont joui d'une si mauvaise réputation et jadis si bien méritée. Le chiffre des décès par infection puerpérale n'y dépasse guère actuellement 0, 60 p. 100.

VI

M. Béchamp a déjà affirmé, il y a plusieurs années, que les matières albuminoïdes du lait de femme ne sont pas les mêmes que celles du lait de vache ; en outre, que *les globules laiteux sont de véritables vésicules adipeuses*, et enfin que le lait renferme un autre élément figuré, sous forme de *granulations moléculaires*, qui sont les agents de la caséification et de la fermentation acide. *Le lait n'est donc pas une émulsion*, mais il recèle des éléments de l'organisation de la glande dont il est issu.

Quant aux différences entre les divers laits, l'opinion commune veut que le lait ne varie pas d'une espèce ani-

male à l'autre, sinon par les proportions relatives de leurs éléments. Ainsi, M. Duclaux admet que tous les laits contiennent de la caséine, la même caséine. La clinique proteste cependant contre l'identité des laits.

Les expériences de M. Béchamp viennent contredire les idées reçues jusqu'à ce jour en chimie animale : dans notre incompétence, nous nous bornerons à une simple analyse.

Le lait est une humeur, produit d'une fonction physiologique acquise et temporaire, qui met plusieurs jours à s'établir et à se parfaire, la sécrétion lactée de la femme étant précédée de celle du *colostrum*. Celui-ci renferme une substance que la chaleur coagule et qui disparaît, dès que le lait est bien formé.

Le lait de vache et le lait de chèvre sont très semblables, tant histologiquement que chimiquement ; tous deux contiennent de la *caséine*, des *lactalbumines* et des *ferments figurés* extrêmement semblables ; aussi bien la vache et la chèvre appartiennent à deux genres voisins de ruminants.

Suivant les errements admis, les laits de femme et d'ânesse ne seraient que du lait de vache, contenant un peu plus, un peu moins de beurre, de sucre et de caséine. *Pourquoi cependant, tandis que le lait de vache, abandonné à lui-même, s'aigrit et se caille, les laits de femme et d'ânesse, dans les mêmes conditions, s'aigrissent et ne se caillent point,* alors que, par hypothèse, *le lait de femme devrait contenir deux fois plus de caséine que celui de vache* ? Les laits de femme et d'ânesse ne se caillent pas davantage par la présure. On sera toutefois bien étonné d'apprendre que M. Béchamp se fait fort de démontrer que *ces deux laits ne renferment pas de caséine.*

Par des opérations chimiques qu'il ne nous appartient pas de contrôler, il pense l'avoir prouvé, tant pour le lait d'ânesse que pour celui de la femme. J.-B. Dumas l'avait déjà deviné, en ce qui concerne ce dernier. On conçoit, si ces résultats sont exacts, que la clinique ait pris les devants et placé, pour l'allaitement des enfants, le lait d'ânesse immédiatement après le lait de femme, fait de haute importance que M. Tarnier a signalé le premier. Si ces deux laits sont dépourvus de caséine, il faut qu'il y ait ici une raison telle que *la moindre digestibilité de la caséine*. Des expériences avec le suc gastrique du chien sont entièrement en faveur de cette supposition.

On sait, d'autre part, que le lait d'ânesse ne supporte pas mieux l'ébullition que le lait de femme ; aussi ne doit-on jamais le faire bouillir, avant de le donner aux enfants. En est-il autrement du lait de vache ? Nous ne sommes pas encore bien fixés là-dessus ; mais on a prétendu que le lait de vache bouilli était d'une digestibilité plus grande. Le fait vînt-il à être confirmé, que M. Béchamp l'expliquerait par l'observation qu'il a faite, à savoir que l'ébullition modifie profondément les propriétés de la caséine.

Après avoir condensé aussi brièvement la longue communication de M. Béchamp, nous ne pouvons également que résumer ses conclusions d'une étendue insolite :

Le lait, en général, n'est pas une émulsion.

Les *globules laiteux* de femme sont des *vésicules*, dont la membrane enveloppante n'est point formée de caséine. Ces globules, comme ceux du reste des autres laits, contiennent une matière albuminoïde soluble.

Le sucre de lait est le principe organique immédiat

commun à toutes les espèces de lait ; mais il présente quelques particularités dans le lait de femme.

Contrairement aux laits de vache et de chèvre, le lait de la femme et celui de l'ânesse ne renferment pas de caséine.

Dans les laits de femme et d'ânesse, les matières albuminoïdes sont en dissolution à l'état de lactalbuminates alcalins : ceux-ci existent également dans les autres laits, conjointement à la caséine.

Les phosphates n'existent pas dans le lait à l'état libre, mais affectent avec les albuminates une sorte de combinaison.

Le lait de femme contient une matière albuminoïde insoluble dans le sesquicarbonate d'ammoniaque, laquelle n'existe pas dans le lait de vache.

Au contraire du lait de vache, les laits de femme et d'ânesse s'aigrissent spontanément, sans se cailler.

L'ébullition altère gravement les laits de femme et d'ânesse de sorte qu'ils ne doivent jamais être donnés bouillis aux enfants. Mais il se peut que l'ébullition rende le lait de vache plus facile à digérer.

Toutefois, l'ébullition peut être inefficace pour rendre inoffensif le lait d'une bête malade.

Pour l'allaitement, le lait d'ânesse est le meilleur sans comparaison, que l'on puisse substituer au lait de la mère.

VII

M. Le Dentu a montré que le *testicule* pouvait être affecté d'*éléphantiasis*, sans participation du scrotum ; mais le scrotum était pris dans le cas qui a fourni l'occasion de l'examen histologique qui va suivre : le sujet a

subi la castration unilatérale et une autoplastie scrotale.

Le testicule restait séparé de ses enveloppes et paraissait moins altéré que l'épididyme. Au microscope, on a trouvé les cloisons intratesticulaires intactes, sauf au voisinage du corps d'Higmore. Mais la tunique albuginée était profondément modifiée par la transformation des lymphatiques en lacunes et en petits kystes. La lésion fondamentale consiste en une sclérose, qui a envahi principalement l'épididyme, et engendré un tissu fibreux très dense, en même temps que les artérioles sont le siège d'une endartérite très avancée. Les canaux du corps d'Higmore sont considérablement dilatés ; le testicule proprement dit est relativement sain. On n'a aperçu aucun microbe, malgré l'emploi des méthodes de coloration.

VIII

M. Terrillon a été amené à *enlever un morceau du foie* chez une femme de 53 ans, dans les circonstances suivantes.

Elle portait une tuméfaction assez volumineuse dans la région des fausses côtes droites, et la ponction exploratrice donna un liquide semblable à celui des *kystes hydatiques*. La laparotomie fut pratiquée le 1er avril dernier, avec une incision parallèle aux fausses côtes. Une portion du foie, grosse comme les deux poings, fut attirée au dehors, et trouvée farcie d'une multitude de très petits kystes hydatiques : elle n'était pas pédiculée et se continuait directement avec le tissu hépatique. Un lien de caoutchouc fut placé autour de la partie qui se continuait avec le foie, pour constituer un pédicule artificiel, et cette partie fut fixée au dehors de l'abdomen. Le 8e jour, le

tissu mortifié fut réséqué et le lien de caoutchouc enlevé: le fond de la plaie était constitué par le tissu hépatique sphacélé, séparé de la cavité péritonéale par des adhérences solides. Cicatrisation complète au bout de six semaines. Et actuellement, la malade qui avait beaucoup maigri, a repris son embonpoint et sa vie normale.

D[r] PIEDVACHE.

BIBLIOGRAPHIE

MALADIES DU CŒUR ET DES VAISSEAUX.

(*Artério-sclérose, aortites, cardiopathies artérielles, angines de poitrine, etc.*)

Nous sommes bien en retard pour rendre compte de cet important ouvrage (1) du D[r] Huchard, dans lequel ce savant médecin des hôpitaux publie les résultats de ses nombreux travaux sur les maladies des artères et des orifices artériels du cœur; cette partie de la pathologie cardiaque lui est redevable de grands progrès et certainement il nous donne dans son traité des descriptions magistrales qui vulgariseront les connaissances acquises aujourd'hui sur l'artério-sclérose, les aortites, les angines de poitrine, etc.

Ce traité, dont nous ne pouvons donner ici qu'un aperçu, devrait être entre les mains de tous les praticiens qui y trouveraient tous à apprendre au point de vue clinique et thérapeutique.

Dans un *chapitre préliminaire*, le D[r] Huchard nous fait

---

(1) Leçons de thérapeutique et de clinique médicale à l'hôpital Bichat, 1 vol. chez O. Doin, 1889.

d'abord un historique de la question. A la suite de son mémoire sur la myocardite de la variole, des recherches analogues furent faites dans les autres fièvres et les maladies contagieuses; dans une seconde période, il étudia l'angine de poitrine et une autopsie dans laquelle il trouva l'oblitération d'une artère coronaire lui fit adopter la théorie artérielle pour l'angine de poitrine vraie, revenant ainsi aux idées de Parry, de Jenner et de Hunter. Enfin, il s'occupa de l'artério-sclérose, qu'il a étudiée avec soin et dont il a fait l'histoire clinique et thérapeutique, montrant jusqu'à quel moment elle est curable et établissant les différences qui existent entre les cardiopathies artérielles et valvulaires, non seulement comme symptômes, mais aussi comme traitement, ce qui est de la plus grande importance pour le praticien.

Avant d'entrer dans le cœur de son sujet, le Dr Huchard nous publie trois leçons intéressantes sur les *médications thérapeutiques* qui se terminent par cet adage auquel nous adhérons complètement : *ars tota in indicationibus.*

La quatrième et la cinquième leçon traitent de la *tension artérielle dans les maladies* et de ses indications thérapeutiques. D'abord s'occupant de l'hypotension artérielle, il décrit *l'embryocardie* ; l'embryocardie est un syndrome qui se rencontre dans un grand nombre de maladies graves et dont le pronostic est très grave, car il annonce souvent la mort prochaine[1]; ce syndrome se rencontre dans la fièvre typhoïde, la pneumonie, la méningite, la phthisie, la période ultime des cachexies, etc.; les trois caractères cliniques de l'embryocardie sont l'accélération des battements du cœur, la similitude du timbre des deux bruits, l'égalité des deux silences ; en un mot, le rythme fœtal ;

en même temps on observe des phénomènes de stase sanguine : engouement pulmonaire, congestion hépatique, albuminurie par hyperémie rénale, etc.; la face est cyanosée, les extrémités bleuâtres et froides, la température axillaire est abaissée, tandis que la température centrale peut rester élevée.

Abordant ensuite l'hypertension artérielle, le Dr Huchard s'occupe surtout de l'hypertension permanente qui est pour lui la vraie cause de l'artério-sclérose, qu'elle précéderait toujours; il est vrai qu'il y a des médecins, au contraire, qui pensent que cette hypertension artérielle est la conséquence et non la cause d'une artério-sclérose déjà existante. Le Dr Huchard soutient le premier avis parce que le régime lacté et les médicaments appropriés « font disparaître en quelques jours et pendant des mois ou des années les accidents »; et il croit alors plus logique de rattacher ceux-ci à une simple hypertension artérielle. Quoi qu'il en soit, nous devons connaître les signes cliniques soit de l'hypertension artérielle, soit de la phase initiale de l'artério-sclérose puisque nous sommes à même de les enrayer par une médication appropriée. Ces symptômes sont la dyspnée d'effort, des palpitations pénibles et douloureuses, avec un peu d'anxiété précordiale, des algidités locales, quelques vertiges, céphalalgie pulsative et tendance à la somnolence.

L'hypertension produit du côté de l'orifice aortique et de l'aorte une dilatation pouvant amener une insuffisance aortique passagère. Un symptôme très important est le retentissement diastolique de l'aorte, ou exagération d'intensité du second bruit, qui s'entend le plus souvent au foyer d'auscultation de l'orifice aortique, 2e ou 3e espace intercostal droit; quelquefois derrière le sternum.

Le traitement conseillé par le Dr Huchard pour combattre cette hypertension artérielle et par conséquent enrayer le développement de l'artério-sclérose consiste dans l'emploi de l'opium, de la trinitine (glonoïne), du nitrite d'amyle, des iodures; dans un régime de viandes blanches, légumes frais ou verts, boissons étendues d'eau, laitage; ce traitement est en somme le traitement de l'artério-sclérose.

Les leçons suivantes traitent de *l'aortite*, de *l'artério-sclérose du cœur*, *de l'angine de poitrine vraie* et des *pseudo-angines*. L'espace nous manque pour en donner un résumé complet, nous ferons seulement remarquer que le Dr Huchard qui a eu le courage autrefois de dire qu'il avait emprunté la glonoïne aux homœopathes ne parle pas des travaux du Dr J.-P. Tessier, le fondateur de *l'Art Médical*, sur l'aortite parus dans *l'Art Médical* (t. X, p. 407 et t. XI, 1859 et 1860) ni de ceux de mon père, qui ont aussi paru dans le même journal (t. XXXIX, p. 325, 1874) et dont il a fait une communication à l'Académie des sciences. Il ne les connaissait donc pas?

Toutes ces leçons sont faites avec un grand esprit clinique, à un point de vue pratique, dirons-nous ; les descriptions sont claires et faciles à retenir ; elles s'appuient sur des observations nombreuses et détaillées et sur un grand nombre d'autopsies. Tout ce qui a rapport à l'anatomie pathologique a été réuni dans un chapitre additionnel placé à la fin du volume et qui contient les résultats de 123 autopsies.

Les dernières leçons sont consacrées à la *digitale* et nous allons les résumer parce qu'elles touchent à un sujet qui nous intéresse beaucoup, nous autres homœopathes.

Le D[r] Huchard, comme du reste tous nos confrères allopathes, ne faisant pas la distinction entre l'action du médicament sur l'homme sain et sur l'homme malade, ne rencontre que des contradictions dans l'action de la digitale et peut écrire : « La digitale, c'est la bouteille à l'encre ! » et plus loin : « Oui, c'est une arme à double tranchant ; avec elle, on calme et on peut favoriser les palpitations, on guérit et on provoque l'asystolie; par elle encore, on peut produire des hémorrhagies ou des embolies cérébrales, provoquer des accès angineux ou leur donner une intensité plus grande; ici, la digitale est un diurétique parfait, là, elle est sans action sur l'excrétion urinaire. » Tout cela vient que la digitale, comme du reste, tous les médicaments, produit une action différente sur l'homme sain et l'homme malade.

Le D[r] Huchard passe en revue les diverses théories physiologiques faites pour expliquer l'action de la digitale et conclut sagement devant leurs contradictions et devant les opinions successives et différentes de leurs auteurs qu'elles ne sont d'aucune utilité pour établir les indications de la digitale.

Pour montrer jusqu'à quel point les hommes les plus distingués peuvent errer en matière médicale lorsqu'ils ne sont pas éclairés par le flambeau de la réforme de Hahnemann, nous allons rapporter succinctement ces diverses théories.

La digitale agit directement sur le myocarde (Vulpian), en l'excitant (Sanders), en le paralysant (Stannius, Orfila, Dybkowski et Pelikan) ; pour d'autres (Williams et Schmiedeberg) « elle agit sur l'élasticité du muscle sans modifier son état contractile et sans accroître absolument la force du cœur ; mais elle augmente la quantité de sang lancée

par l'aorte, et la réplétion du système artériel sans accroître le pouvoir moteur du cœur et des vaisseaux. » « Comprendra qui pourra ! » ajoute le Dr Huchard.

La digitale agit sur les vaisseaux et les vaso-moteurs (Hutchinson, Lœderich, Legroux, etc.) ; elle amène une sédation de la circulation capillaire (Duncalfe) ; pour la plupart des auteurs au contraire, elle fortifie et excite les muscles vasculaires.

La digitale agit sur le système nerveux. A faible dose, elle excite le nerf vague, nerf modérateur et régulateur du myocarde, à haute dose elle le paralyse (1re opinion de Traube). L'élévation de la tension artérielle est due à l'excitation du centre vaso-moteur de la moelle, d'où résulterait une augmentation de la contractilité vasculaire (2e opinion de Traube). La digitale, loin d'influencer les centres vaso-moteurs, agirait sur les terminaisons périphériques de ces nerfs et les muscles vasculaires eux-mêmes (Ackermann). Le ralentissement du cœur n'est pas seulement dû à l'action de la digitale sur le tronc du nerf vague, puisqu'après sa section, elle ne ralentit plus le pouls. Il faut donc admettre qu'elle agit sur son bout périphérique (3e opinion de Traube).

La digitale agit à la fois sur le cœur et sur les vaisseaux (Vulpian et Bernheim).

A la page suivante, le Dr Huchard fait une remarque qui confirme ce que nous disions plus haut de la différence d'action des médicaments chez l'homme sain et chez le malade, remarque qui nous montre qu'il est sur la voie de la vérité.

« On ne peut pas conclure de l'homme sain à l'homme malade, d'un fébricitant à un malade atteint d'une affec-

tion apyrétique, et même d'un cardiopathe à la première période, au cardiopathe devenu asystolique.

« Si vous donnez la digitale à un homme exempt de toute affection cardiaque, ou si vous la donnez encore à un cardiopathe dont la maladie est parfaitement compensée, vous arrivez à peine, même avec de fortes doses, à ralentir les battements du cœur et à produire la diurèse. Mais si vous la prescrivez à un asystolique, vous déterminerez, au contraire, rapidement et sûrement, avec des doses relativement faibles, un ralentissement assez considérable du pouls et une augmentation de l'excrétion urinaire. »

Voilà qui est à peu près juste, je dis à peu près parce que je vais plus loin que le Dr Huchard, je crois que si vous donnez la digitale même à doses fortes à un homme non asystolique, vous produirez la diminution de la sécrétion urinaire, comme je l'ai démontré par des expériences faites à l'asile Notre-Dame-de-Bon-Secours (voir *Art Médical*, t. LXIII, p. 105, 1886.) ; je dis que si vous donnez la digitale à doses toxiques vous produirez une asystolie médicamenteuse, et que c'est là la cause de l'action favorable de la digitale dans l'asystolie ; *similia similibus curantur*.

Après avoir commencé à apercevoir la différence de l'action physiologique et de l'action thérapeutique, le Dr Huchard retombe dans l'ornière habituelle, dans la confusion, lorsqu'au paragraphe suivant il dit : la physiologie expérimentale (véritable action physiologique) doit toujours être dominée par la physiologie clinique (action thérapeutique), par celle qui se fait au lit du malade. Nous ne nions pas la grande utilité de l'expérience clinique, qui juge en dernier ressort de la valeur thérapeutique du médicament, mais nous affirmons à nouveau

qu'il est nécessaire d'une nécessité absolue si on veut bien connaître l'action des médicaments, si on veut faire de la thérapeutique véritablement positive et sortir du gâchis des explications physiologiques, d'étudier l'action du médicament sur l'homme sain ; de conclure de cette action pure, pour conserver l'expression hahnemanienne, que la digitale, par exemple, produisant sur l'homme sain à dose suffisante, une asystolie médicamenteuse, sera le remède de l'asystolie ; que la digitale produisant une diminution d'excrétion urinaire sera le remède de l'anurie ou de l'oligurie ; que l'arsenic produisant chez l'homme sain des éruptions variées, sera le remède de ces mêmes éruptions ; que le mercure produisant chez l'homme sain une véritable dysenterie, sera le remède de la dysenterie, etc. Nous pourrions multiplier les exemples, mais ceux-ci sont assez évidents pour entraîner la conviction d'un esprit honnête et chercheur, d'un médecin assez indépendant de caractère pour prendre la vérité là où il la trouve et ne pas s'en cacher.

Le Dr Huchard, du reste, passant ensuite en revue le moment propice où la digitale doit être prescrite dans les maladies du cœur ; et étudiant successivement les diverses périodes de ces maladies, arrive aussi à conclure qu'elle n'est bonne et utile que pendant la période asystolique ; il montre ensuite qu'à une période plus avancée lorsque le muscle cardiaque est profondément altéré, elle est non seulement inutile mais nuisible « parce qu'elle peut créer de toute pièce une asystolie digitalique sur une asystolie valvulaire ».

La préparation de digitale que recommande surtout le Dr Huchard, que nous avons employée avec lui et depuis avec des succès rapides, est la digitaline cristallisée, qu'il

prescrit à la dose d'*un milligramme* en une fois et qui produit à cette dose presqu'infinitésimale (3e dil. déc.) une diurèse rapide et qui se continue.

Que dirons-nous de plus du traité du Dr Huchard? Rien, sinon que nous le voudrions dans la bibliothèque de tous nos lecteurs, qui trouveront grand fruit à le consulter.

Dr Marc Jousset.

ACTION THÉRAPEUTIQUE DE SALIES-DE-BÉARN, CONTRE L'ÉVOLUTION CHRONIQUE DES MALADIES ET LEURS COMPLICATIONS MICROBIENNES, par le Dr R. Petit. (Paris, Lecrosnier et Babé, 1890.)

Chacun sait quel essor a pris depuis quelques années la station de Salies-de-Béarn. Les résultats merveilleux obtenus chez les scrofuleux, chez les femmes atteintes de tumeurs fibreuses utérines, chez les malades atteints d'abcès par congestion, etc., ont franchi le cercle des connaissances médicales, et personne dans le monde instruit et intelligent ne saurait les ignorer.

Aussi bien, avons-nous besoin souvent de retenir les malades plutôt que de les encourager à aller faire un traitement à ces eaux remarquables entre toutes. Creuznac a trouvé en France sa rivale, et la station française ne le cède en rien à sa rivale allemande.

La publication de notre éminent confrère, le Dr Petit, professeur à l'Ecole de médecine de Rennes, et médecin consultant à Salies, arrive donc à un moment opportun et nous ne saurions trop engager nos confrères à lire ce travail, où sont condensées ses recherches, ses observations et celles de ses devanciers. La préface que nous

leur donnons aujourd'hui leur montrera donc avec quel esprit élevé et avec quelles idées médicales ce mémoire a été composé. Dr T.

Quand on médite les faits heureux, et chaque jour plus nombreux, que la médecine observe à Salies-de-Béarn, on est frappé de voir l'action thérapeutique de cette station hydrominérale s'exercer exclusivement contre *l'évolution chronique* des affections morbides ; on constate en même temps la puissance remarquable de cette médication complexe pour prévenir et arrêter, avec les désordres de la nutrition générale et locale, les *fermentations microbiennes* ainsi que les *auto-intoxications par les alcaloïdes animaux*, qui trop souvent viennent compliquer ces maladies et en déterminent parfois la terminaison funeste.

Les malades que Salies guérit ou améliore sont tous en effet, depuis plusieurs mois ou plusieurs année, aux prises avec des troubles de santé qui empoisonnent leur existence. Tous présentent des affections, portent des lésions et souffrent de troubles fonctionnels qui se succèdent avec une décevante lenteur. Aussi leurs forces ont-elles toujours diminué, souvent même continuent-elles de le faire, quand ils arrivent : leurs synergies vitales se sont relâchées, et leur organisme épuisé, menacé sur tant de points à la fois, constitue déjà ou va devenir un milieu de culture fatalement favorable au développement de microbes nocifs et de poisons organiques qui en achèveront la destruction.

Si l'on ne fait intervenir à temps une médication aussi puissante et énergique que celle de Salies-de-Béarn, on voit ces organismes fléchir de plus en plus, devenir le

théâtre d'une interminable succession de douleurs physiques et morales, et s'incliner fatalement vers une fin prochaine et prématurée.

Il nous a paru intéressant, autant au point de vue scientifique que pratique, de nous demander *comment* et *pourquoi*, ainsi que nous le constatons chaque jour chez les malades venus à Salies, se produisent l'arrêt de ces désespérantes évolutions chroniques des affections qui les minent, la disparition parfois rapide et définitive des lésions, des symptômes et des complications microbiennes, le retour radical des forces, en un mot le rétablissement de la santé, et, avec elle, une renaissance véritable.

Comme mon savant collègue et ami le professeur Ch. Bouchard, je pense qu'en médecine « il faut (autant que possible) savoir ce que l'on fait et pourquoi on le fait ». — Si les merveilleux progrès de la science moderne peuvent éclairer et faciliter la solution de ce problème, doit-il en être une plus satisfaisante application ? — C'est ainsi que le médecin peut examiner les faits, les rapprocher, les comparer, découvrir le secret de leur enchaînement et parvenir à en déduire les indications positives qui le guideront dans la recherche et l'application des moyens de traitement ; c'est en un mot, après en avoir fait la consciencieüse analyse, en établir la synthétique philosophie au profit de l'homme malade.

L'erreur vient trop souvent de ce qu'on a préconçu des théories, établi des systèmes sous le joug desquels on prétend courber les faits, quitte à les mutiler. — La vérité médicale consiste, au contraire, à chercher, sans parti pris, les lois « de la science et de l'art de prévenir les maladies et de guérir les malades », non dans de spé-

culatives conceptions, mais dans une observation libre, non systématique, des faits morbides au sein desquels ces lois sont inscrites.

Il ne suffit plus aujourd'hui d'assembler des phénomènes, de les classer plus ou moins bien, de les subordonner à d'autres faits plus généraux et plus constants que l'on décore du nom de lois... le temps des statistiques pures mises au service du seul empirisme est passé tout autant que celui des simples collections.

Aidé de l'observation et de l'expérimentation, déduisant tantôt directement, tantôt par analogie, le médecin doit désormais, dans ses recherches physiologiques, pathologiques et thérapeutiques, s'appuyer sur des principes rationnels et philosophiques. C'est ainsi que, en médecine pratique, il faut chercher à découvrir, à pénétrer de son mieux, et selon les progrès indéfinis de la science humaine, les causes des maladies, le mode et les produits de leur action sur l'homme vivant, le secret de l'évolution de ces actes morbides, et dès lors celui des agents et des circonstances capables de modifier en bien ou en mal leur marche et leur terminaison. L'avenir de la thérapeutique est là tout entier, et cet avenir est d'autant plus rassurant que cette partie de la médecine devient ainsi réellement positive et rationnelle, sans cesser d'être expérimentale.

Si donc Ch. Bouchard a dit éminemment : « le médecin doit penser pathogéniquement, » c'est-à-dire chercher les causes des maladies, le mode et l'enchaînement de leurs actions pathogènes, ce même principe doit conduire le médecin à penser et à agir en vue de l'application d'une thérapeutique scientifique et positive, assise sur l'expérimentation en même temps que sur la libre obser-

vation et la saine philosophie des faits qui se succèdent au sein de l'homme malade.

« Prévenir les maladies et guérir les malades, » telle est la devise de la médecine, et ce doit être le but principal et supérieur de toute la vie professionnelle du médecin. Quoi de plus utile que de faire servir à l'obtention d'un résultat si élevé les découvertes contemporaines de la science? — C'est pourquoi, en saluant joyeusement ces progrès modernes, nous désirons contribuer, pour notre part, à en parfaire l'application pratique à la médecine.

Cependant, nous ne sommes pas de ceux qui, éblouis par les seules lumières du présent, font fi de la tradition médicale et la jettent, d'un cœur léger, par-dessus le bord. Dans nos recherches, au contraire, nous nous efforcerons de ressaisir les anneaux de la tradition médicale et de les renouer aux vérités nouvelles qui doivent logiquement en continuer la chaîne.

En même temps donc que nous tenterons l'explication médicale des phénomènes *thérapeutiques* que nous observons chez les malades qui viennent guérir à Salies-de-Béarn, et afin de « bien savoir ce que nous faisons et pourquoi nous le faisons, » nous rechercherons principalement pourquoi et comment ces malades ont perdu la santé, pourquoi et comment ils ne peuvent spontanément la reconquérir.

Ce sera, croyons-nous, le moyen de jeter quelque nouvelle lumière sur les secrets de ces eaux si puissantes et si salutaires de Salies-de-Béarn, et en favoriser une application d'autant plus heureuse et progressive que, sans cesser d'être sanctionnée par l'expérience, elle tendra chaque jour à devenir plus scientifique et plus rationnelle.

CARLSBAD.

Le Dr Théod. Kafka, un de nos confrères homœopathes distingués d'Autriche, a publié l'an dernier une notice (1) très intéressante sur les eaux de Carlsbad ; cette notice est en français et contient un grand nombre de détails utiles non seulement pour le médecin, mais même pour les baigneurs.

Après un aperçu général de la géographie, du climat, de la géologie et même des moyens de communication de Carlsbad, le Dr Kafka donne la composition chimique des différentes sources. Puis il aborde l'étude pathogénétique de Carlsbad, étude tout à fait analogue à celle de tous nos médicaments homœopathiques, étude qui devrait être faite pour toutes les eaux minérales, car c'est le seul moyen de connaître d'une façon positive leur sphère d'action jusque dans les nuances, ce qui est bien nécessaire pour pouvoir décider si un cas donné trouvera sa guérison dans une source donnée ou dans une source similaire.

Le chapitre suivant est celui des indications ; notre savant confrère passe en revue les maladies auxquelles conviennent les sources de Carlsbad : nous les voyons principalement indiquée dans certaines *affections de l'estomac* et principalement dans le catarrhe chronique et dans l'ulcère simple ; dans les *maladies de l'intestin*, la la constipation et surtout la diarrhée chronique (2) ; dans

---

(1) CARLSBAD, *ses sources, son action physiologique et ses indications* avec un supplément topographique, par le docteur Théodore KAFKA, 2e édition, Herm. Jakob, Carlsbad 1889.

(2) J'ai guéri, l'an 1881, un baron allemand, qui était devenu à peu près un squelette par une diarrhée de très longue durée,

les *maladies du foie*, cirrhose, congestion, hypertrophie, ictère et surtout calculs ; dans les *maladies du système urinaire*, tels que calculs, albuminuries, pyélite, cystite chronique, et dans quelques maladies moins localisées telles que le *diabète* et la *goutte*. Nous ne donnons ici que les indications les mieux établies.

Le Dr Kafka donne ensuite les contre-indications.

Après avoir dit quelques mots sur la cure et le régime, le Dr Kafka termine par des indications pratiques : excursions et voitures ; noms et adresses des nombreux médecins (53), prix des bains, des casinos, etc.

Dr MARC JOUSSET.

VARIÉTÉS

RÉFORME DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL.

Le vent est au changement, et comme l'enseignement secondaire, qui vient de subir une réforme à dose infinitésimale, on voudrait modifier l'enseignement supérieur et en particulier l'enseignement de la médecine, le seul qui doive nous occuper ici.

Il se fait une campagne de presse contre le concours et le journal des praticiens nous en fait bien voir les inconvénients ; ce qu'il nous montre moins ce sont les avantages des réformes qu'il propose pour les remplacer.

Voici du reste les passages (1) où sont clairement démontrés les inconvénients des concours en médecine.

« Il est injuste que de jeunes travailleurs qui ont enrichi

---

mais qui était rétabli rapidement par de très petites quantités de Sprudel (deux quarts d'un verre en solal — 105 grammes de Sprudel par jour (observation du Dr Kafka

(1) *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 20 août 1890.

déjà la science par leurs travaux originaux et quelques découvertes ne soient pas préférés à ceux qui, dans un concours, accomplissent ce tour de force consistant à traiter une question orale de vingt minutes ou une question écrite de trois heures, sans rien omettre. Cet effort de gymnastique cérébrale est-il profitable à la science, et croyons-nous qu'il n'y a rien à faire lorsque nous voyons de jeunes médecins distingués abandonner leurs études et leurs travaux pendant cinq ou six ans au moins à la préparation d'un concours ?...

« Mais, les travaux originaux des candidats doivent peser dans la balance, et du jour où on leur attribuera officiellement l'importance qui leur est due, la science en profitera puisqu'elle s'enrichira de recherches nouvelles et de travaux intéressants, accomplis par des médecins qui ne resteront plus ainsi immobilisés pendant des années par la seule préparation d'un concours écrit ou oral. »

Le Dr Huchard propose ensuite la suppression du concours pour l'externat, l'internat et le corps des hôpitaux (médecins, chirurgiens et accoucheurs). Pour l'externat, nous n'y trouvons pas grand'chose à redire ; pour l'internat, c'est autre chose, nous préférons complètement le concours, qui est relativement honnête, au choix par le chef de service ; nous verrions aussi avec regret disparaître le concours du bureau central, malgré les objections assez fondées du Dr Huchard : « Car, il faut avoir le courage de l'avouer, malgré le choix souvent heureux des élus, ceux-ci se trouvent trop souvent désignés avant les épreuves. Concours inutile, quand il ratifie le choix de l'opinion publique ; concours injuste, lorsqu'il fait nommer, à la faveur des candidats qui *ont leur jury* ! » Certes, nous nous associons à ces reproches, mais nous aurions désiré savoir quel mode de recrutement proposait le docteur Huchard ; nous voyons bien les inconvénients du concours, mais nous voudrions savoir avant de nous pro-

noncer si le système proposé par notre distingué confrère n'en a pas autant, sinon plus. Nous croyons que le concours est encore ce qu'il y a de moins mauvais, mais qu'on pourrait le modifier, le perfectionner; supprimer par exemple, toutes les épreuves qui ne seraient pas cliniques et surtout modifier le jury, en élargissant le cadre où l'on prendrait les juges. Pourquoi ne remplacerait-on pas les médecins ou chirurgiens des hôpitaux qui sont trop en rapport avec les concurrents pour être impartiaux par des médecins étrangers aux hôpitaux; par exemple, par les anciens internes de Paris, non médecins des hôpitaux, qui seraient tous aptes à reconnaître la valeur des candidats et qui ne se prêteraient pas à des passe-droits en faveur de candidats qu'ils ne connaîtraient pas. La chose est à étudier; mais il est piquant de voir que nous autres, à qui notre situation en dehors de la thérapeutique officielle interdit de concourir aux hôpitaux, nous sommes les défenseurs de ce mode de recrutement, qui ne nous permettrait pas de pénétrer dans le cénacle des médecins des hôpitaux.

D[r] Marc JOUSSET.

NÉCROLOGIE

—

LE D[r] CHARGÉ.

Une longue et grande existence médicale vient de s'éteindre. Le D[r] Chargé venait d'atteindre l'âge de 80 ans et pendant plus de soixante ans il a porté le lourd fardeau de la pratique médicale. Jamais Chargé ne s'est reposé; retiré dans sa villa, près de Toulon, il donnait chaque jour de nombreuses consultations et continuait d'écrire

pour la défense et la propagation de l'homœopathie. On peut dire de lui ce qu'on disait des grands chevaliers des temps passé « il est mort dans son armure » et c'est le plus grand éloge que l'on puisse faire d'un homme voué à la défense d'une doctrine nouvelle et contestée.

Sans doute Chargé eut des défauts et nous n'avons pas été les derniers à les lui reprocher, mais ces défauts tenaient à son tempérament et à son pays, et si les coups qu'il portait frappèrent quelquefois à faux on doit l'attribuer à une conviction trop passionnée — et qui n'admettait ni un doute ni une hésitation.

Sa valeur personnelle et ses hautes relations lui permirent de jouer un rôle important dans la propagation de l'homœopathie. La guérison du général d'Arnaud avait mis Chargé en honneur et on crut un instant qu'il obtiendrait pour l'homœopathie une chaire à la Faculté de médecine. C'était une illusion et ce désir du médecin de Marseille était irréalisable.

Mais nous n'avons point l'intention de faire la biographie du Dr Chargé, d'autres la feront mieux que nous mais ayant été jusqu'à un certain point ses adversaires pendant sa vie, nous avons voulu, des premiers, marquer ici notre estime pour ce vieux combattant de la vérité en thérapeutique.

Dr P. Jousset.

RÉPERTOIRE

DE MATIÈRE MÉDICALE ET DE THÉRAPEUTIQUE

Antipyrine dans le diabète insipide. — Résultats remarquables dans trois cas :

1° Homme de 30 ans, polyurique depuis six mois. Antipyrine à la dose de 6 gr. par jour pendant cinq jours. La quantité d'urine tombe de 7 litres à 1300

grammes et la densité s'élève de 1002 à 1020. La guérison paraît définitive, mais le sujet n'est observé que pendant dix jours à la suite de ce résultat.

2° Fille de 25 ans, polyurique depuis l'âge de 6 ans. L'antipyrine étant administrée à doses croissantes, de 2 à 5 grammes, pendant six jours, la quantité d'urine tombe de 8 litres à 1400 gr. ; la densité s'élève de 1001 à 1010. Traitement interrompu ; le 18e jour, il y a 3 litres d'urine ; densité 1002.

3° Garçon de 16 ans, polyurique depuis sept mois. Quantité variant de 8 à 16 litres. L'antipyrine, à la dose de 6 grammes par jour, n'abaisse pas la quantité de l'urine au dessous de 6 litres 500. La densité varie de 1001 à 1003. Au bout de deux mois de traitement, la quantité se maintient entre 6 et 5 litres. (*Deutsche med. Woch.*, n° 32, 1889.)

Calomel dans les néphrites. — Le calomel donne de bons résultats dans les néphrites : il détermine une notable diurèse et assez souvent une diminution de l'albumine totale ; aussi de Renzi pense-t-il qu'en outre de son action diurétique il exerce une certaine influence sur le processus morbide. On ne doit pas dépasser la dose de 60 à 80 centigrammes ; l'administration du médicament doit être suspendue au bout de cinq jours. (*Revista clin. e terap.*, n° 12, 1889.)

Tous nos confrères homœopathes savent que le mercure produit les lésions de la néphrite parenchymateuse et que par conséquent la loi homœopathique explique son action favorable dans la néphrite. — M. J.

L'Hypnal. — M. Bardet a présenté à la Société de thérapeutique (12 mars 1890) une note sur l'hypnal ; c'est un corps obtenu en faisant réagir le chloral sur l'antipyrine. Il n'a ni le goût violent, ni les propriétés caustiques et irritantes du chloral. Il a les propriétés sédatives et hypnotiques de ses composants. A la dose de 1 gr., il amène le sommeil sans fatigue, et dans 22 cas de douleur, de toux pénible, même chez des enfants. M. Bardet l'a employé avec le plus grand succès.

Antipyrine contre l'incontinence d'urine. — Perret et Devic rapportent 4 cas d'incontinence d'urine chez des enfants, traités avec succès par l'antipyrine. Ils donnent 1 gr. 50 à 2 gr. en deux doses dans les vingt-quatre heures. Dans ces quatre cas, l'incontinence disparut du 5e au 7e jour. (*Province méd.*, n° 23, 1889.)

La pathogénésie de l'antipyrine de Allen contient l'incontinence d'urine parmi les symptômes produits par ce médicament. — M. J.

Arséniate de cuivre dans les maladies aigues de l'intestin. — Le professeur Hugo Schulz a vérifié les indications de ce médicament dans les affections intestinales, mais il ajoute qu'il doit être donné en petites doses fréquemment répétées pour produire son action. Dans un cas de choléra asiatique la dose journalière était de 0,0006 dissoute dans 120 à 180 gr. d'eau; on donnait une cuillerée à café à peu près toutes les dix minutes, puis à de plus longs intervalles. Lorsque l'eau est contre-indiqué, Aulde, de Philadelphie, donne des tablettes contenant 1/100 ou même 1/500 de grain. Il réussit bien dans les cas récents. Il peut couper des cas violents de choléra et de dysenterie. (*Deutsch med. Woch.*, 19, 1890.)

Pourquoi ne pas reconnaître le vol fait aux sources homœopathiques, car Büchner et Koelk, de Munich, furent les premiers à l'employer d'après la loi homœopathique. (*The Hahnem. Monthly*, août 1890.)

Phosphorus dans une névralgie faciale. — « Miss D..., 21 ans, papetière, névralgie depuis deux mois : douleur dans la tempe gauche et le long de l'apophyse zygomatique gauche. La douleur était pulsative, et plus forte le soir à la chaleur du lit. Les choses très chaudes ou très froides l'augmentaient. Elle avait parfois la sensation comme si le sommet de la tête était enlevé. Elle éprouvait des palpitations, la respiration courte et aussi de la distension d'estomac. Les fonctions n'étaient pas régulières. La malade paraissait anémique et avait de mauvaises dents à la mâchoire inférieure gauche. Je donnai d'abord acon. et ferr. muriat. sans bons résultats; puis à différentes reprises pulsat., bell., ignat. et sepia sans soulagement. La malade ne voulait pas voir le dentiste et en dernière ressource je lui donnai phosph. 1 c., prenant surtout comme indication la carie dentaire. La douleur disparut complètement en moins de 24 heures et ne revint pas. Les palpitations, la respiration courte, la distension stomacale étaient mieux. » (Dr Thornton, ***Monthly** Hom. Rewiev.*, juin.)

Le Directeur-Gérant. P. Jousset.

Paris. — Imp. A. DAVY, 52, rue Madame.

L'ART MÉDICAL

OCTOBRE 1890

THÉRAPEUTIQUE

APPLICATIONS HOMŒOPATHIQUES INCONSCIENTES.

(Sulfate de quinine contre le mal de mer. — Strychnine contre les spasmes et la chorée.)

Nous avons souvent signalé les emprunts faits à notre thérapeutique et les applications inconscientes ou non de la loi de similitude; le drosera dans la coqueluche, le sublimé dans la blennorrhagie et la dysenterie, la pulsatille dans l'orchite, l'hamamelis dans la phlébite et les hémorrhagies, l'iode dans les vomissements incoercibles, etc., etc. Un des derniers numéros de la *Médecine moderne* (11 septembre) contient deux indications que l'on doit rapporter à la loi des semblabes.

La première est tirée du *Progrès médical* : le professeur Charles Richet raconte qu'il a employé avec un plein succès le sulfate de quinine contre le mal de mer chez « un sujet extrêmement sensible. Le résultat fut excellent, tout le monde était malade, lui seul n'éprouva absolument rien. M. Richet rapproche ce fait de ce qu'on observe dans la maladie de Ménière, dont les symptômes rappellent ceux du mal de mer et où le sulfate de quinine réussit souvent. Le mode d'emploi recommandé par M. Richet est le suivant: faire prendre au sujet un gramme de sulfate

de quinine en cachet, deux heures au moins et quatre heures au plus avant de s'embarquer. Il ne faut d'ailleurs négliger aucune des autres précautions habituelles, comme la position couchée, par exemple, qui est toujours si efficace ».

Nous ne nous donnerons pas la peine de comparer les symptômes du mal de mer et surtout de la maladie de Ménière avec ceux que produit le sulfate de quinine, parce que leur ressemblance est tellement évidente qu'elle ne peut être contestée et que l'on peut seulement se battre les flancs pour trouver une explication de cette action, permettant de ne pas avouer que le sulfate de quinine agit dans ces cas là suivant la loi homœopathique : *similia similibus curantur.*

L'autre exemple nous vient du Congrès de Berlin. Le voici in extenso : M. Benedikt (de Vienne) a fait, à la section de neurologie et de psychiatrie, une communication intéressante sur l'emploi de la strychnine comme antispasmodique.

La strychnine passe communément pour une substance convulsivante, stimulant énergique de l'excitabilité médullaire. Or, chez une fillette de 12 ans affectée d'un spasme mimique qui se traduisait par des mouvements de happement des lèvres et que compliquait une chorée vulgaire, M. Benedikt aurait eu recours sans résultat à toutes sortes de médications usitées en pareilles circonstances. L'idée lui vint de faire une tentative avec le traitement préconisé par Trousseau, et qui consiste dans l'emploi des préparations de strychnine. M. Benedikt prescrivit donc :

Sous-nitrate de strychnine. . . . . . 0 gr. 10

Pour f. s. a. trente pilules : prendre 3 à 5 de ces pilules dans les vingt-quatre heures.

L'effet de la médication fut éclatant. Aussi bien le spasme mimique que les secousses choréiques qui agitaient les membres s'atténuèrent, et, en très peu de temps, la jeune malade était guérie.

L'auteur chercha alors à interpréter le mécanisme de cette action curative d'apparence si paradoxale. On considère, en général, que les convulsions résultent de l'excitation de centres ou de trajets nerveux dont la destruction amène la paralysie. Il est vrai qu'en y regardant de plus près, on constate souvent dans ces cas, non pas ces lésions irritatives, mais bien des troubles de nutrition et des altérations variées des centres nerveux, d'ordre dégénératif ou atrophique. Il n'est donc pas étonnant que la strychnine agissant, dans ce cas, sur l'altération nerveuse puisse, en modifiant favorablement la nutrition, arriver à guérir les accidents convulsifs qui résultent précisément de ces troubles de nutrition et non comme le voulait Romberg, d'un état d'hyperkinésie. Cette même médication a été également employée avec succès dans la paralysie agitante, toujours en partant de la même idée théorique.

Ainsi comprise, l'action thérapeutique de la strychnine sur les éléments nerveux malades serait tout autre que ce qu'elle est sur les éléments nerveux normaux. C'est là une intéressante conception, méritant d'être examinée de près et qui peut servir de thème à des recherches cliniques variées.

Nous n'avons besoin que de rappeler l'action convul-

sivante si connue de la strychnine dans les empoisonnements et les expérimentations. pour que tout lecteur impartial reconnaisse que le traitement de la chorée et des spasmes par la strychnine est une application incontestable de la loi homœopathique.

Dr Marc Jousset.

NEUROLOGIE

SYRINGOMYÉLIE.

Sous le nom de syringomyélie, qui signifie moelle tubulée, on décrit une affection de la moelle épinière, caractérisée au point de vue anatomique par la formation d'un canal central et au point de vue clinique par des analgésies et des thermo-anesthésies, s'accompagnant ordinairement d'atrophie musculaire.

L'année dernière, notre ancien collègue et ami Dejerine a lu à la Société médicale des hôpitaux une observation détaillée de cette affection, et M. Debove en a aussi présenté une. Nous allons, avant de résumer la symptomatologie, rapporter ces observations, qui serviront pour établir l'histoire clinique de cette affection.

Voici d'abord l'observation du malade de M. Debove que nous prenons dans l'article très complet de son interne Bruhl (1), auquel nous emprunterons une partie de notre description.

Le nommé B... Paul, âgé de 38 ans, employé aux écritures,

---

(1) *Arch. gén. de médecine*, juillet 1880.

entre le 18 janvier 1889, dans le service de M. le Dr Debove, à l'hôpital Andral, salle des hommes II, lit n° 6.

Il n'y a rien d'intéressant à signaler dans les antécédents héréditaires; on ne trouve dans la famille aucun cas d'hystérie, de nervosisme, d'aliénation mentale, de suicide.

Les antécédents personnels nous apprennent qu'il n'y a pas eu de rachitisme dans le jeune âge; à 14 ans, le malade a eu une fièvre typhoïde à forme nerveuse, avec délire prolongé, ayant duré environ deux mois. A l'âge de 16 ans 1/2 est survenue une scoliose qui s'est produite assez rapidement et dont la courbure se serait accentuée pendant les deux années suivantes; depuis, elle est restée stationnaire. Cette scoliose est remarquable par son siège : elle occupe, en effet, la moitié inférieure de la colonne vertébrale dorsale et la partie supérieure de la colonne lombaire; de plus, fait exceptionnel, elle présente une convexité dirigée à gauche; la colonne vertébrale décrit une courbe assez régulière dont la distance maxima à la ligne médiane mesure 3 centimètres et correspond à peu près à la neuvième vertèbre dorsale. Il existe une légère courbure de compensation occupant la partie supérieure de la colonne dorsale dont la convexité est tournée à droite.

Vers cette époque le malade s'adonne à la boisson (vin, alcool, absinthe); il fait aussi abus du tabac; ces excès, continués pendant 15 ans, paraissent avoir été bien tolérés; on trouve à peine quelques signes peu importants dus à l'alcoolisme.

Notre malade n'est pas sujet aux migraines, n'a jamais eu de rhumatisme, nie la syphilis, dont on ne retrouve du reste aucun stigmate. En 1879, il eut une blennorrhagie qui dura plusieurs mois. En 1880, il fit une chute sur le genou droit; malgré la la contusion qui a été très vive, il n'aurait ressenti aucune douleur et aurait même pu continuer à marcher; le lendemain cependant le gonflement du genou atteignit des proportions inquiétantes; malgré l'absence de phénomènes douloureux il crut prudent d'entrer à l'hôpital où on lui prescrivit des ventouses scarifiées dont l'application fut indolore; à la suite de cet accident il a conservé de la claudication.

L'atrophie des muscles de la main aurait débuté il y a 5 ans;

elle s'est manifestée d'abord par l'impotence fonctionnelle de la main, et plus tard, par la position vicieuse du petit doigt; c'est dire que l'éminence hypothénar a été atteinte la première; l'atrophie aurait progressivement atteint les autres muscles de la main, obligeant le malade de renoncer à sa profession d'employé aux écritures.

En 1887, il entra dans le service du professeur Charcot; à la suite d'un traitement électrothérapique et de bains sulfureux il a quitté le service très amélioré, C'est à l'occasion d'une bronchite avec hémoptysie légère qu'il entre dans le service de M. Debove (janvier 1889).

Etat actuel. — Les troubles les plus intéressants que nous révèle l'examen du malade, portent sur la sensibilité; c'est par leur étude que nous commencerons.

La sensibilité à la douleur est abolie sur toute la surface cutanée. Il est intéressant de rechercher à quelle époque on peut faire remonter l'existence de cette analgésie; il est impossible d'en préciser le début, il paraît très probable qu'elle existait déjà en 1880; à cette époque, en effet, nous avons rappelé qu'un traumatisme du genou, suivi d'une arthrite intense, a été absolument indolore; une application de ventouses scarifiées ne causa pas la moindre souffrance.

La sensibilité à la température est altérée depuis plusieurs années; mais la thermo-anesthésie n'est pas généralisée; aux membres elle présente une disposition symétrique. Aux membres supérieurs, le malade a perdu totalement la notion de la température; il ne se rend compte ni du froid ni de la chaleur, on peut appliquer sur la peau un ballon renfermant de l'eau à 70° ou un ballon renfermant un mélange réfrigérant, l'impression est identique et le malade ne fait aucune différence entre le froid et la chaleur. Aux membres inférieurs la thermo-anesthésie est absolue des orteils jusqu'au tiers inférieur de la cuisse; sur les deux tiers supérieurs des cuisses la notion de la température existe, mais d'une façon très imparfaite; le froid et la chaleur produisent une impression différente qui permet de les distinguer. A la face la sensibilité à la température est normale. Au tronc, la thermo-anesthésie est incomplète, sauf pour la

moitié droite du thorax où il existe une véritable hyperesthésie, le froid et le chaud y produisent des sensations pénibles et même douloureuses.

En somme, au point de vue thermique, on pourrait diviser le corps en quatre régions :

1° Thermo-anesthésie absolue aux membres supérieurs et inférieurs moins les deux tiers supérieurs des cuisses.

2° Thermo-anesthésie relative aux deux tiers supérieurs des cuisses et au tronc, moins la cavité droite du thorax.

3° Hyperesthésie dans la moitié droite du thorax.

4° Sensibilité thermique normale à la tête.

Cette thermo-anesthésie, jointe à la névralgie est tellement complète que le malade s'est fait des brûlures de la plante des pieds sans éprouver la moindre douleur; c'est cet accident qui a engagé M. Debove à étudier avec soin la sensibilité. Il porte d'ailleurs des cicatrices de brûlures antérieures ; il ne se rend compte de la température d'un bain qu'à partir du moment où il y a plongé la partie supérieure des cuisses.

Il n'y a pas d'anesthésie des muqueuses buccales et rectales; si la sensibilité thermique est diminuée à la langue, le malade se rend néanmoins compte de la température des aliments.

On ne note aucun trouble des *appareils sensoriels.*

A côté de ces modifications de la sensibilité, se rangent les troubles de la motilité.

1° *Membres inférieurs.* — Le malade marchait bien jusqu'à sa chute en 1880, boitait depuis cet accident, mais pouvait marcher sans fatigue. Depuis un an, il accuse un état parétique des membres inférieurs, qui s'accentue de plus en plus au point de rendre la marche difficile. A cette parésie s'ajoute une atrophie musculaire, beaucoup plus prononcée du côté gauche : la mensuration du mollet donne une différence de 1 centimètre en faveur du côté droit. Les muscles les plus atteints sont les jumeaux et le triceps crural.

2° *Membres supérieurs.* — On est frappé tout d'abord par une atrophie considérable des muscles de la main droite : cette atrophie aurait débuté par l'éminence hypothénar, dont la saillie a totalement disparue ; le relief de l'éminence thénar est très

diminué; les interosseux n'existent pour ainsi dire plus, de sorte que le grillage métacarpien est des plus manifestes. La main présente une déformation caractéristique en forme de griffe ; les doigts sont plus ou moins fléchis; cette flexion est maxima pour l'auriculaire et diminue progressivement jusqu'à l'index, qui est normalement étendu. Cependant les principaux mouvements sont encore possibles : les diverses phalanges se fléchissent sur les métacarpiens (le malade peut fermer la main); le mouvement d'opposition du pouce s'effectue régulièrement; seuls les mouvements d'adduction et d'abduction des doigts sont abolis. La force musculaire de la main est notablement diminuée lorsqu'on prie le malade de serrer un dynamomètre, l'aiguille ne marque que neuf. L'avant-bras est émacié surtout dans sa moitié inférieure; les muscles épitrochléens et épicondiliens dessinent sous la peau une saillie normale. Le deltoïde présente aussi un léger degré d'atrophie, mais tous les mouvements de l'épaule sont possibles.

Du côté gauche, l'atrophie existe aussi, mais elle est beaucoup moins accusée qu'à droite. Il n'y a pas de déformation prononcée de la main et l'exécution de tous les mouvements est possible. Seuls les métacarpiens semblent décharnés; le deltoïde paraît légèrement diminué de volume.

Les muscles du tronc et de la tête sont indemnes. Le tableau des réactions électriques n'offre qu'un faible intérêt dans cette observation résumée.

Le malade ne présente aucun trouble trophique de la peau ni du tissu cellulaire sous-cutané. L'examen des réflexes nous a donné les résultats suivants : le réflexe rotulien est totalement aboli à gauche, mais il est bien exagéré à droite, ce qui permettrait de supposer que la lésion a atteint le cordon postérieur gauche et le cordon latéral droit. Les réflexes pupillaires, crémastérien, pharyngé sont normaux; il n'y a pas d'anesthésie plantaire.

Le sens génital est altéré : il n'y a pas impuissance, mais diminution de l'appétit sexuel. On ne relève aucun trouble dans le fonctionnement des sphincters.

Le malade ne souffre pas, il accuse seulement quelques sen-

sations de froid et de chaleur. Depuis quelques années, il est devenu très sensible au froid en hiver; en été, la chaleur l'incommode. Il n'a pas de troubles de la sécrétion sudorale : cependant la tête et les mains sont le siège d'une transpiration exagérée, quand il fait un effort.

Les fonctions intellectuelles ont conservé leur intégrité; la mémoire et la parole sont normales; le moral est légèrement affecté, et depuis le début de la maladie, il y a une tendance manifeste à l'hypochondrie.

Les autres appareils ne présentent que peu de particularités dignes d'être notées : le malade depuis nombre d'années est sujet à la toux : il est légèrement emphysémateux; peut-être la scoliose le prédispose-t-elle aux accidents thoraciques. Malgré l'hémoptysie, qui a motivé son entrée à l'hôpital, on ne trouve pas de signes physiques permettant d'affirmer une tuberculose pulmonaire.

Pendant son séjour à l'hôpital, les besoins d'uriner sont devenus fréquents, impérieux, l'expulsion des premières gouttes d'urine est pénible; en même temps, il y a légère polyurie et la quantité d'urine émise en vingt-quatre heures dépasse 2 litres. L'urine est franchement ammoniacale et trouble au microscope, on y trouve un grand nombre de globules du pus; elle ne contient d'ailleurs ni albumine ni sucre. Cette cystite n'est pas due à un rétrécissement du canal de l'urèthre d'origine blennorrhagique, ainsi qu'on peut s'en assurer par le cathétérisme qui se fait facilement; elle est sans doute une conséquence de la maladie, car il est commun de voir la cystite compliquer les affections chroniques de la moelle épinière.

Voici maintenant l'observation de Dejerine.

OBSERVATION. — *Paralysie atrophique des membres supérieurs (type Aran-Duchenne) ayant débuté à l'âge de vingt-cinq ans, chez un homme de soixante-quatre ans. — Contractions fibrillaires. — Scoliose. — Intégrité de la sensibilité tactile sur toute la surface du corps. — Analgésie marquée de toute la moitié supérieure du tronc, des membres supérieurs et de la moitié droite de la face. — Thermo-anesthésie très prononcée dans les mêmes*

régions. — Abolition du réflexe olécranien. — Exagération du réflexe patellaire. — Intégrité des sens spéciaux. — Pas de troubles trophiques cutanés. — État lisse de la peau des membres supérieurs. — Gonflement léger des extrémités inférieures du radius et du cubitus. — Exostose du cubital gauche. — Modifications de la sécrétion sudorale. — Réaction de dégénérescence dans quelques muscles. — Marche extrêmement lente de l'affection.

Le nommé G... (Frédéric), âgé de soixante-quatre ans, à Bicêtre depuis 1868, entre le 12 janvier 1888 à l'infirmerie, dans le service du Dr Dejerine, salle Bichat, lit n° 6.

Antécédents héréditaires. — Le malade est né à Paris, son père et sa mère sont nés en Picardie. Père mort à soixante-six ans d'un eczéma? Mère morte à cinquante-sept ans du choléra. Huit enfants dans la famille : deux morts en bas âge ; trois encore survivants. Pas d'atrophie musculaire dans les ascendants et collatéraux du malade. Pas de maladies nerveuses dans la famille.

Antécédents personnels. — Rougeole vers l'âge de huit ans. Pas d'autres maladies. Pas de maladies vénériennes. En 1848, à l'âge de vingt-quatre ans, douleurs violentes dans la tête, ayant duré plus d'une année. En 1849, début de l'affection par de la faiblesse des bras ; il alla consulter Louis à l'Hôtel-Dieu, où il fit un séjour de deux mois (traité par la noix vomique), puis à la Charité, chez Briquet, enfin chez Horteloup. — Il fut examiné à cette époque (1852) par Duchenne (de Boulogne), soit dans ces derniers services, soit à sa clinique. Au bout de deux ans (1852) il ne pouvait presque plus travailler.

A partir de cette époque, l'affection paraît rester stationnaire pendant vingt ans, en tout cas si elle a progressé c'est d'une façon très lente.

Depuis son entrée à Bicêtre (à quarante-quatre ans), l'affection a un peu progressé. Elle semble surtout avoir subi une aggravation après deux ans de séjour à Bicêtre, car le malade qui pouvait jusqu'alors se servir de ses mains pour couper son pain et pour manger, a remarqué qu'à partir de l'âge de cinquante

ans, cela lui était plus difficile. Jamais il n'a éprouvé de douleurs dans les membres inférieurs, la poitrine et la nuque.

Etat actuel. — Janvier 1888. — Homme de petite taille, paraissant bien portant et présentant les déformations suivantes : Le malade est très voûté, la colonne cervicale et dorsale supérieure, sont fortement incurvées en avant, la tête est enfoncée entre les épaules, le menton fortement rapproché du sternum. — Les moignons des deux épaules sont portés, en avant, et contribuent à donner à la partie supérieure de la poitrine, une forme de carène, déformation qui est due bien plus à une saillie en avant des épaules et des clavicules, qu'à un enfoncément véritable du sternum. Les creux sus-claviculaires sont très profonds, surtout à gauche. Les régions mammaires envahies par la graisse simulent des seins de femme. A la région postérieure du tronc, entre la courbure exagérée et générale de la colonne cervico-dorsale, il existe une saillie très prononcée des dernières vertèbres cervicales, sans gibbosité toutefois. Scoliose de la colonne dorsale, à convexité latérale droite, s'accompagnant d'une déformation latérale du thorax qui bombe en arrière dans sa moitié droite postérieure.

Topographie de l'atrophie. — L'atrophie paraît de prime abord moins prononcée qu'elle n'est en réalité, masquée qu'elle est par une adipose sous-cutanée assez notable.

Les *deltoïdes* sont diminués de volume surtout à gauche, leur segment postérieur est plus pris que les autres. Les *sus et sous-épineux* sont diminués de volume surtout à gauche. L'angle supérieur de l'omoplate remonté des deux côtés, vient faire saillie à la partie postérieure du triangle sus-claviculaire. Les *grands pectoraux*, si l'on ne tient compte que du volume de la région, paraissent peu touchés ; ils sont en réalité très atrophiés, et la palpation permet de constater qu'il existe surtout de l'adipose. Le *biceps* et le *triceps droit* sont fortement atrophiés et ont une force peut considérable.

A l'avant-bras droit, le groupe externe est notablement diminué, le *long supinateur* est réduit de volume, les *radiaux* également. Il en est de même du groupe cubital (*fléchisseurs*) qui est très réduit. Les *extenseurs* sont relativement conservés.

La main droite n'est pas déformée, pas de griffe, toutefois légère inclinaison de la main sur le bord cubital. Le pouce, dont la première phalange est en hyperextension sur le métarcarpien est rapproché du deuxième métacarpien sans apparence simienne toutefois.

L'éminence *thénar*, en particulier le *court abducteur*, est notablement diminuée de volume. Les *interosseux* et l'éminence *hypothénar* ne paraissent pas atrophiés.

Sur le cubital, à la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs, hyperostose du volume d'un œuf de pigeon à grand axe longitudinal, existant depuis l'année 1852 et diagnostiquée uon syphilitique par Ricord.

Motilité du membre supérieur droit. L'abduction et l'élévation du bras sont très faible ; le malade ne peut porter sa main sur sa tête, mais il peut porter le pouce à sa bouche. L'extension, la flexion de l'avant-bras se font d'une façon limitée ; quant à la flexion des doigts sur la paume de la main, elle est absolument impossible. L'index seul exécute un mouvement de flexion des phalangines et phalangettes sur la première phalange. Ceci explique pourquoi il n'y a pas de griffe, et pourquoi à l'état de repos, les doigts des malades sont toujours dans l'extension. Les mouvements des interosseux sont en partie conservés. L'extension des deux dernières phalanges est possible, mais les mouvements d'ab et d'adduction sont très limités.

Membre supérieur gauche : L'abduction, l'élévation, la rotation, s'exécutent faiblement comme à droite ; l'adduction au contraire (*grand pectoral*) se fait très bien et avec assez de force des deux côtés. Le *biceps*, le *triceps* sont notablement moins pris qu'à droite, le *long supinateur* est aussi atrophié qu'à droite, les *radiaux* moins. Le groupe cubital (*fléchisseurs*) un peu plus atrophié qu'à droite. Les *extenseurs* sont assez conservés.

La main présente la même attitude qu'à droite; toutefois l'apparence simienne est beaucoup plus accentuée, le pouce est sur le même plan que les autres métacarpiens ; l'atrophie porte sur tous les muscles de l'éminence *thénar*. L'*adducteur* est toutefois un peu moins pris que les autres. L'*hypothénar* est diminué de volume. Les *interosseux* paraissent peu touchés ; il n'y a pas de griffe.

Les phalanges des doigts, principalement la première phalange de l'index de deux côtés, sont un peu augmentées de volume. L'articulation phalango-phalangienne de l'index gauche, présente une augmentation de volume des surfaces articulaires, avec possibilité d'hyperextension, comme s'il y avait altération de la surface articulaire.

La force musculaire du *biceps* et du *triceps* est assez grande. L'extension du poignet et des doigts se fait assez bien (conservation des *extenseurs* et des *interosseux*). La flexion du pouce et des deux premiers doigts est absolument impossible, le malade ne peut leur imprimer le moindre mouvement sur la paume de la main, il peut au contraire fléchir les 2e et 3e phalanges des deux derniers doigts.

Les *trapèzes* sont diminués de volume, le malade peut cependant élever les épaules. Le *sus* et le *sous-épineux* gauches son plus atrophiés qu'à droite. Lorsqu'on tient élevé en avant les deux bras du malade, l'omoplate gauche se tient écarté du tronc (atrophie du *rhomboïde*) ; rien de semblable à droite.

Contractions fibrillaires très nettes, dès que le malade est exposé à l'air, dans le *deltoïde*, le *triceps* et le *biceps* des deux côtés. Conservation du sens musculaire et de la notion de position des membres. Pas de réflexe olécranien. Pas de signe de Romberg.

Face : Intégrité complète comme motilité, expression de la physionomie, etc. Les pupilles sont normales et réagissent à la lumière et à l'accomodation. Langue, voûte du palais, masticateurs normaux ; les mouvements de déglutition sont seuls un peu difficiles.

Membres inférieurs : Pas trace d'atrophie musculaire. Pas de contracture, le malade marche facilement comme à l'état normal. Force musculaire très développée. Réflexe patellaire très exagéré ; à droite, tendance à la production du phénomène du pied. Pas de contractions fibrillaires dans les muscles des jambes. Réflexes plantaires normaux.

Sensibilité : Tout au début de son affection, en 1848, le malade avait remarqué que sa sensibilité était troublée. A cette époque, il était garde national mobile, il lui arriva souvent en portant des gamelles de bouillon très chaudes, d'avoir des phlyctènes de

brûlure dans les mains sans s'en rendre compte. Il présente aujourd'hui les mêmes troubles de la sensibité qu'à cette époque, et il assure qu'ils n'ont augmenté que d'une façon fort minime.

Sensibilité tactile, absolument normale au tronc, à la face, aux membres supérieurs.

Sensibilité à la douleur altérée au niveau des *mains, avant-bras, bras, épaules, partie supérieure du tronc en avant et en arrière*, jusqu'à une ligne circulaire passant au-dessous des mamelons. Dans toute cette étendue, la sensibilité à la douleur est très altérée : une piqûre d'épingle même intense n'est pas perçue en tant que douleur, il semble au malade qu'on le touche ; tout au plus, parfois, peut-il dire qu'on le pique. On peut traverser la peau dans la région correspondante, sans que le malade accuse de douleur.

A la *face*, la sensibilité tactile est normale, mais il existe de l'*analgésie* de toute la moitié droite de la tête. Lorsqu'on promène une pointe d'aiguille de droite à gauche, le malade accuse une sensation de douleur dès que l'on approche de la ligne médiane. Pas de retard dans la transmission.

Sensibilité thermique très altérée. En touchant avec un flacon rempli de glace différentes parties du corps, on observe les particularités suivantes : sur toute la peau de la face, de la nuque, du cou, des membres supérieurs, épaules, bras, avant-bras, mains (face palmaire et dorsale), c'est à peine si le malade accuse une sensation de froid. Par contre, les membres inférieurs, tout l'abdomen et toute la partie du tronc, située au-dessus d'une circulaire passant par les mamelons, sont sensibles au froid comme à l'état normal.

Les troubles de la *sensibilité à la chaleur sont très prononcés dans ces mêmes régions*. Le malade ne fait pas la différence de la température entre 30° et 50°, tout lui paraît également froid. Dans la moitié gauche de la face seulement, la sensibilité à la chaleur est conservée et une différence de la température (35° — 44°) est nettement perçue.

En employant une eau à 85° et en appliquant la bouteille à l'extrémité des doigts, le malade accuse, au bout de quelques secondes, une sensation de chaleur assez vive. Mais sur tout le

reste de l'étendue de la surface cutanée précédemment mentionnée, l'eau à 85° maintenue sur la peau, aussi longtemps que l'on veut, ne produit aucune sensation de chaleur.

En d'autre termes, à part l'extrémité des doigts et un peu la paume de la main, le malade n'accuse, qu'une sensation de contact, quelle que soit l'élévation de la température de l'eau, appliquée sur la peau, appliquée sur la peau du malade dans les régions ombrées du *schéma*. C'est à peine si une application d'eau à 85° produit à la longue une sensation de chaleur du reste fort supportable. On comprend donc aisément que le malade puisse se brûler sans en avoir conscience.

Le malade ne présente pas de troubles trophiques cutanés, à part un état lisse de la peau des doigts. Les ongles sont intacts mais les doigts présentent un peu l'aspect en massue. Les bras et les avant-bras se cyanosent peu au contact de l'air. En injectant sous la peau du bras droit, deux centigrammes de pilocarpine, la sueur ne se produit qu'au bout de dix minutes, et elle est beaucoup plus abondante dans les points correspondants aux zones d'analgésie et de thermo-anesthésie, que sur les autres points du corps.

Diminution très grande de la sensibilité électrique. La sensibilité électrique au pinceau est presque éteinte, dans tous les points correspondants à l'anesthésie thermique et douloureuse. Il existe donc, en résumé, une perte complète de la sensibilité faradique et galvanique des muscles de main et des fléchisseurs des doigts, du sous-épineux et du grand pectoral, avec réaction de dégénérescence dans ces muscles, trapèze et deltoïde droits.

La sensibilité électrique est très diminuée.

Ces deux observations n'ont pas été contrôlées par l'autopsie ; on peut cependant être certain du diagnostic parce que les symptômes présentés ont été caractéristiques et que dans une thèse récente (1) Mlle Baumler a rapporté soixante-six observations avec autopsie.

---

(1) Thèse de Zurich 1887.

SYMPTOMATOLOGIE. — Nous pouvons distinguer deux formes : une *forme latente*, et une *forme commune.*

Forme latente. — Dans cette forme, on n'observe aucun symptôme appréciable ou les symptômes sont si peu marqués qu'ils passent inaperçus. Un malade meurt d'une autre maladie et en faisant l'autopsie on trouve une syringomyélie que rien n'avait fait soupçonner. Mlle Baumler a rapporté vingt-cinq observations dans sa thèse, dont deux personnelles.

Forme commune. — Il est assez difficile de donner la description des symptômes en suivant leur mode d'apparition, parce que les troubles de la sensibilité peuvent exister pendant longtemps sans que le malade y attache une grande attention et qu'ils pourront n'être constatés par le médecin que lorsque l'atrophie musculaire appellera son attention. Cependant M. Dejerine croit que l'atrophie musculaire est le premier signe, rapidement accompagné par les troubles sensitifs; nous allons donc passer en revue ces divers symptômes les uns après les autres.

Parmi les troubles sensitifs, la *thermo-anesthésie* reste ignorée du malade, jusqu'à ce qu'une brûlure accidentelle vienne la lui révéler. Elle s'étend à des régions très diverses, pouvant être généralisée à tout le tégument, ou n'être qu'hémiplégique; elle peut n'occuper qu'un membre ou une partie de membre; la tête peut en être atteinte, mais c'est surtout aux extrémités qu'on l'observe lorsqu'elle est limitée. C'était ce qui existait dans les deux observations que nous avons rapportées.

Elle peut être absolue ou relative; dans ce dernier cas, qui s'observe surtout au début, le malade reconnaît encore

les températures extrêmes, mais ne fait pas de différence entre des températures voisines. Elle a une tendance à s'étendre et à s'accentuer et devient ordinairement absolue lorsque la maladie dure depuis longtemps. Les régions de la peau qu'elle atteint correspondent plutôt à des segments de moelle qu'à un territoire innervé par un nerf. A la tête et à la nuque au contraire, le thermo-anesthésie peut occuper des régions qui sont sous la dépendance du trijumeau ou des nerfs grand et petit occipital. Les muqueuses sont ordinairement saines, quoiqu'on ait noté quelquefois l'anesthésie de la muqueuse buccale.

On peut aussi observer en même temps, comme cela existait chez le malade de M. Debove, des régions qui son le siège d'une hypéresthésie thermique très marquée.

L'*analgésie* accompagne presque toujours la thermo-anesthésie, quoiqu'il existe quelques rares observations où elle faisait défaut. Elle peut être superficielle et n'intéresser que la peau, ou profonde et s'étendre aux tissus sous-cutanés, ce qui explique les brûlures profondes, les panaris, les phlegmons ne présentant aucune douleur.

Elle peut être généralisée ou limitée; dans ce cas, hémiplégique ou se présentant par zones qui correspondent ou ne correspondent pas aux zones de thermo-anesthésie.

Il n'y a, au contraire, presque jamais d'altération de la *sensibilité au contact*. Le moindre frôlement est ressenti et exactement rapporté à son point de contact.

Cette dissociation entre les différents modes de sensibilité serait, pour M. Debove, presque pathognomonique, de la syringomyélie.

Les sens musculaires, les sens spéciaux sont presque toujours intacts.

Les troubles de la *motilité* sont beaucoup moins carac-

téristiques parce qu'ils peuvent revêtir une grande variété. Mlle Baumler cite, dans sa thèse, 19 cas de paralysie complète, mais le plus souvent on observe seulement de la parésie, surtout des membres inférieurs : difficulté de la marche, fatigue rapide; quelquefois paraplégie spasmodique.

L'*atrophie musculaire* est le symptôme le plus constant après les troubles sensitifs. Elle affecte un type voisin du type Aran-Duchenne et débute ordinairement par le membre supérieur et la main qui présente la griffe caractéristique; elle débute à la main par les éminences thénar et hypothénar, puis atteint les interosseux, et plus ou moins complètement les muscles de l'avant-bras. Elle peut aussi revêtir le type scapulo-huméral, lorsqu'elle débute par l'épaule. Les muscles du tronc et ceux des membres inférieurs peuvent également être atteints. Cependant quel que soit son siège, l'atrophie musculaire a une évolution lente et reste souvent stationnaire.

Plus rarement du côté de la mobilité on peut observer des contractures, des mouvements convulsifs, des contractions fibrillaires.

L'examen électrique des muscles, comme nous l'avons vu dans l'observation de M. Dejerine, montre dans certains muscles la perte de la contractilité, dans quelques autres la réaction de dégénérescence.

Les *troubles trophiques* peuvent aussi être observés du côté de la peau, du tronc cellulaire et du système osseux.

On a décrit des éruptions d'herpès, des eczémas rebelles, des urticaires, des éruptions bulleuses; de l'épaississement de la peau des extrémités; des altérations des ongles (déviation, épaississement, incurvation, etc.)

Du côté du tissu cellulaire sous-cutané, on a signalé

des phlegmons et surtout des panaris et dans ces derniers temps on a signalé des points de contact entre la syringomyélie et le *panaris de Morvan*, le panaris analgésique, qui présente aussi des troubles de la sensibilité.

Cependant, si dans le cours de la syringomyélie ou à son début, on peut observer des panaris analgésiques, le panaris de Morvan peut exister indépendamment de la syringomyélie, comme MM. Monod et Reboul l'ont dernièrement constaté dans une autopsie.

Du côté des os et des articulations, on peut observer des troubles trophiques très analogues à ceux qui se rencontrent dans l'ataxie locomotrice : fragilité des os qui se fracturent très facilement; hyperostoses sur les extrémités des os longs, à l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras chez le malade de M. Dejerine; arthropathies avec raideurs et ankyloses.

Une manifestation plus spéciale à la syringomyélie, qu'on rencontre aussi du reste dans le panaris de Morvan, est la scoliose qui serait due, pour Roth, à l'atrophie des muscles transversaires épineux.

On rencontre aussi assez souvent des troubles vaso-moteurs; ralentissement de la circulation périphérique et refroidissement des membres : troubles de la sécrétion sudorale, abolie dans les régions siège de thermo-anesthésie chez un malade de Schultze; chez le malade de M. Dejerine au contraire, elle était augmentée à ce niveau.

On a signalé aussi des troubles douloureux, assez analogues aux douleurs fulgurantes, soit à la nuque, soit aux membres; des céphalalgies revenant par accès.

Les réflexes sont très diversement modifiés, tantôt abolis, tantôt exagérés, tantôt normaux.

Si la syringomyélie en s'étendant gagne les cordons

postérieurs, on observe en outre des signes de tabès; si elle gagne les cordons latéraux, des spasmes, des contractures; si elle atteint le bulbe, des troubles de la déglutition, de la respiration, de la sécrétion urinaire (polyurie), enfin mort subite par syncope.

Nous devons ajouter aux symptômes précédents le *rétrécissement du champ visuel.* M. Dejerine vient de publier en collaboration avec son interne dans la *Médecine moderne* (1) un article où il se base sur sept observations de syringomyélie, dans lesquelles il a toujours observé un rétrécissement très marqué du champ visuel, surtout pour la couleur verte. Il ajoute « qu'aucun de ses malades ne présente le moindre symptôme d'hystérie et qu'aucun d'eux n'a été soumis autrefois ou maintenant, à un traumatisme quelconque, ayant pu déterminer chez lui la production des symptômes relevant de l'hystéro-traumatisme ou de la névrose traumatique. »

La marche de cette maladie est lente puisque le malade de M. Dejerine est thermo-anesthésique depuis plus de quarante ans; quelques auteurs pensent même qu'elle est congénitale.

Lorsque la mort n'est pas le fait d'une maladie intercurrente, il est probable que les malades deviennent impotent, s'alitent et meurent gâteux avec des escharres. Les maladies intercurrentes paraissent plus graves chez les malades atteints de syringomyélie que chez les autres.

Diagnostic. — Comme il est possible qu'un certain nombre de malades considérés simplement comme atteints d'atrophie musculaire progressive soient en réalité atteints

(1) 28 août 1890.

de syringomyélie, il faudra chez tous les atrophiques penser à la possibilité de cette affection et rechercher les troubles de la sensibilité.

Nous empruntons à la communication de M. Dejerine à la Société médicale des hôpitaux (séance du 22 février 1889) les éléments du diagnostic :

« Lorsque l'affection est simple, que la substance blanche n'est pas envahie, le diagnostic de la syringomyélie est d'ordinaire facile.

« Elle se distingue de l'atrophie musculaire progressive et de la myopathie atrophique progressive, par ses troubles sensitifs ; de la sclérose latérale amyotrophique, par sa marche beaucoup plus lente et encore par ses troubles sensitifs. Ces mêmes troubles, et l'apparition beaucoup plus tardive de la paralysie spasmodique des membres inférieurs, la distinguent des myélites cervicales et dorso-cervicales. La pachyméningite cervicale hypertrophique se distingue par ses douleurs, la raideur de la nuque, ses contractures, par le mode de développement de la paralysie atrophique et l'attitude spéciale des mains.

« Restent les névrites périphériques. Les névrites saturnines, alcooliques, arsenicales, ne présentent généralement ni cette localisation, ni ces troubles sensitifs si spéciaux, ils se développent en outre beaucoup plus rapidement. Du reste, le diagnostic est facile, étant données l'évolution, la marche et surtout la connaissance de la cause de l'affection. Ces mêmes particularités s'appliquent aux névrites survenant au cours ou dans la convalescence des maladies infectieuses. Parmi les névrites infectieuses, nous signalerons surtout la névrite lépreuse.

« Dans la lèpre anesthésique, en effet (lèpre nerveuse systématisée de Leloir), on peut observer un tableau cli-

nique très analogue à celui de la syringomyélie. On peut observer une atrophie musculaire d'origine lépreuse revêtant le type Aran-Duchenne, s'accompagnant du fait de la lèpre de troubles sensitifs, et l'on sait que l'analgésie comme la thermo-anesthésie sont des symptômes fréquents, sinon communs de la lèpre nerveuse ; si nous y ajoutons les troubles trophiques de cette affection, les mutilations fréquentes, on voit combien ce tableau se rapproche de celui de la syringomyélie. Je n'en veux pour preuve que les deux belles observations rapportées par M. Leloir, dans son remarquable *Traité de la lèpre* (XL et XLI, p. 162 et 166). N'était en effet la notion de la marche de l'affection, n'étaient les manifestations antérieures de la lèpre tuberculeuse, n'était enfin la notion étiologique spéciale à la lèpre, l'erreur de diagnostic serait inévitable comme dans les faits rapportés par Langhans et Rosenbach. »

Anatomie pathologique. — La lésion serait un gliome de la moelle épinière qui se développe au centre de la moelle au niveau du canal central et qui produit consécutivement une cavité centrale, qui peut se rencontrer dans une étendue plus ou moins longue de la moelle, atteindre en bas l'extrémité inférieure de la moelle, s'étendre en haut jusqu'au quatrième ventricule et à la moelle allongée ; elle peut présenter plusieurs cavités situées à des hauteurs distinctes ; son siège de prédilection est le renflement cervical. Cette cavité centrale peut envoyer des prolongements et des diverticules ; elle peut en certain points occuper toute la substance grise et envahir même différents points de la substance blanche. Cette cavité est remplie d'un liquide clair comparable au liquide céphalo-

rachidien, pouvant aussi offrir des colorations diverses, rouge sang ou laiteux.

TRAITEMENT. — Nous empruntons à un travail du Dr Lilienthal (1) sur le même sujet non un traitement complet de cette affection, mais la liste des médicaments qui pourraient être employés avec leurs indications pathogénétiques.

L'*arnica* est notre principal médicament; nous lisons dans sa pathogénésie beaucoup de troubles de nutrition; tiraillements fibrillaires; élancements intermittents dans presque toutes les régions, surtout dans les membres; allant surtout de bas en haut; tendance à la dégénérescence des tissus; douleur dans la dernière vertèbre cervicale surtout en fléchissant la tête avec tension; tressaillements douloureux de l'épaule gauche au doigt médius; fatigue du bras, comme s'il était meurtri; faiblesse des muscles cervicaux, qui ne peuvent soutenir la tête; extrémités des doigts froides, lourdeur dans les membres; *exsudation dans le cerveau et la moelle.*

Argentum nitricum. — Paralysie d'origine spinale; avec grand épuisement et agitation; dépression cérébrale, avec désir de ne rien faire; douleurs tractives dans les bras, qui paraissent lourds; engourdissements de l'extrémité des doigts; débilité et faiblesse des membres inférieurs, avec nausées, peur du travail, assoupissement, frissonnements, apparence maladive, amaigrissement avec faiblesse paralytique; commencement de paralysie.

Æsculus hipp. — Faiblesse et fatigue dans le cou; douleur entre les omoplates; l'épine dorsale paraît faible; rachialgie cervicale, lombaire et sacrée, par le mouve-

(1) *The North american Journal of homœopathy*, février 1890.

ment; douleur et sensibilité dans l'acromion gauche, avec élancement descendant dans les bras; bras et mains engourdies, comme paralysées; crevasses de la peau des mains; fourmillements.

Arsenicum alb. — *Atrophie musculaire progressive.* Elancements douloureux, violents dans les extrémités supérieures et inférieures; dureté des mains et parties inférieures des avant-bras; vésicules remplies de sang aux extrémités des doigts; ulcères et croûtes sous les ongles; ongles décolorés; lourdeur des membres; épuisement pour une très légère fatigue; émaciation, peau des cuisses froide et flasque.

Calcarea carb.— Paralysie spinale; douleurs rhumatismales dans les vertèbres cervicales supérieures, avec raideur du cou; scoliose; atrophie musculaire avec douleurs dans les muscles des épaules et des bras et lassitude, comme s'il y avait paralysie; nodules douloureux sur les doigts; clous et rhagades sur les mains et les doigts; marasme avec engourdissements glandulaires; chez les scrofuleux; leucémie.

Cuprum. — Paralysie motrice avec atrophie et contracture, gagnant de la périphérie au centre; irritation spinale avec douleur paroxystiques violentes et excessive sensibilité de toute la colonne.

Graphites. — Engourdissement et froid cadavérique des doigts et des bras; cuisson, douleur incisive comme d'un ulcère au niveau des vertèbres cervicales inférieures; émaciation sans cause visible; sensation de paralysie dans les extrémités inférieures et supérieures; eczéma chronique; ongles de la main et des pieds rudes et décolorés.

Lathyrus. — Paralysie motrice avec tremblements,

marche chancelante et grande émaciation; exagération des réflexes tendineux ; ni douleurs, ni atrophie.

Nux vom. — Sclérose multiple; irritation spinale avec perte des forces dans les extrémités; fourmillements le long de la colonne; parties froides, engourdies et émaciées; parésie des bras avec violentes secousses, comme si le sang allait s'arrêter dans les veines.

Acide oxalique. — Sclérose des cordons postérieurs; élancements de la colonne vertébrale vers les extrémités inférieures; secousses douloureuses, confinées dans des régions limitées; extrémités livides et froides; ongles bruns et doigts contractés; pétéchies; augmentation des réflexes.

Phosphorus. — Paralysie spinale progressive avec contracture partielle des muscles affectés, fourmillements et tiraillements dans les membres; anesthésie; irritation spinale, avec douleurs brulantes entre les épaules; scoliose par carie des vertèbres, ongles durs et secs; faiblesse et lourdeur de la tête et des pieds, suivies de paralysies; ulcères, qui ne se cicatrisent pas, an niveau des ongles.

Physostigma. — Congestion spinale excessive, l'intelligence restant normale; douleur à la nuque s'étendant à la première vertèbre dorsale, faiblesse dans toute la colonne vertébrale, avec difficulté de se tenir droit; points névralgiques dans les muscles des bras et des cuisses; douleurs crampoïdes dans les mains; violentes secousses des membres quand il va se coucher.

Plumbum. — Sclérose cérébro-spinale, amenant une atrophie musculaire progressive (suite nécessaire de la syringomyélie); goutte des poignets; les extenseurs sont plus atteints que les fléchisseurs; amaigrissement; tremblements des mains et des pieds; dos des mains bleuâtres

empaté infiltré; ongles gris-bleuâtres; excitabilité intense des réflexes; hyperesthésies; vésicules; clous; gangrène.

Secale cornutum. — *Anesthésie et paralysie.* Emaciation; convulsions épileptiformes; brûlure intérieure ou froid glacial; engourdissement des extrémités supérieures et inférieures avec tendance à la gangrène.

Silica. — Dénutrition, herpetisme avec tendance à la suppuration; émaciation avec faciès pâle et souffrant: raideur de la nuque avec céphalalgie et frisonnement; ongles gris, sales, fendillés: paralysie des mains avec atrophie et fourmillements des doigts; panaris et gonflement des glandes.

Sulfur. — Paralysie, reposant sur une base matérielle; faiblesse générale de la colonne vertébrale, qui est douloureuse à la pression, de sorte qu'il marche vouté; hystérie avec secousses et convulsions; émaciation; douleur de meurtrissure et tension dans la nuque; sensation paralytique à la nuque; tiraillements douloureux dans les nerfs s'étendant aux poignets; mains et pieds froids; ou bien chaleur de la paume des mains et de la plante des pieds le soir.

Tabacum. — Sensation maladive dans différentes parties de la colonne: au niveau des régions cervicales et cervico-dorsales avec dépression et sensation de paralysie des avant-bras et des mains, avec compression au niveau du sternum: les mains paraissent paralysées et froides; fourmillements.

Malheureusement nous ne trouvons pas pour ces médicaments de renseignements sur les troubles de la sensibilité, qui ont la première place dans la symptomatologie de la syringomyélie. Comme le fait du reste remarquer le Dr Lilienthal, lorsque nos pathogénésies ont été faites par

Hahnemann et ses élèves les maladies de la moelle épinière n'étaient pas connues comme aujourd'hui et il n'est pas étonnant que nous les trouvions incomplètes à cet égard,

Belladona et *nux vomica* alternés, ou peut être *atropine* et *strychine* paraissent à notre confrère américain les médicaments correspondant le mieux au début de la maladie ; dans les cas plus avancés, il indique *plumbum*, *secale* et *arsenic*.

L'expérience clinique pourra seule nous confirmer dans l'emploi de ces médicaments, ainsi que dans le choix de la dose appropriée.

Dr Marc Jousset.

MEMENTO THERAPEUTIQUE

TRAITEMENT DU CORYZA.

Le coryza est la localisation du rhume sur la membrane muqueuse des fosses nasales et des cavités voisines, Cette affection passe souvent à l'état chronique sous l'influence de la scrofule, de la dartre et de la goutte, Dans ce dernier cas, il revêt un caractère particulier et est connu plus particulièrement sous le nom *de fièvre des foins*. Cette expression tient à ce que cette variété du coryza survient surtout au printemps et en été,

Personne n'est jamais mort du coryza ; cependant, il y a des cas où il est tellement douloureux, qu'il est impossible de le considérer comme une affection absolument bénigne. Chez les *nouveau-nés*, il constitue un obstacle sérieux à l'alimentation par l'obstruction complète des

fosses nasales ; et certains auteurs parlent d'enfants morts de faim pendant un rhume de cerveau ; nous n'avons jamais vu une terminaison aussi funeste.

Les principaux médicaments dans la période aiguë sont : nux vomica, mercurius solubilis, sulfur, allium cepa, arsenicum, euphrasia, dulcamara, chamomilla et belladona.

Dans la période chronique : pulsatilla, hepar sulfuris, silicea, calcarea carbonica, natrum carbonicum, graphites, sulfur, conium maculatum, kali hydriodicum, et kali bichromicum.

Dans la fièvre des foins : arsenicum, nux vomica, kali chloricum, alium cepa, cyclamen, elaterium et sabadilla.

Coryza aigu. — 1° *Nux vomica.* — La noix vomique est le médicament préférable au début du coryza, surtout quand cette affection s'accompagne d'une céphalalgie violente et d'épistaxis. L'alternance du coryza sec et du coryza humide est encore une indication de la noix vomique.

Doses et mode d'administration. — 3 gouttes de la 3e dilution dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les heures ou toutes les deux heures.

2° *Mercurius et sulfur.* — L'alternance du soufre et du mercure tout à fait au début du coryza a été conseillé par Espanet ; et nous devons rendre le témoignage que cette alternance constitue un excellent traitement.

Doses et mode d'administration. — On fait préparer deux potions de 125 grammes, contenant chacune deux gouttes de la 6e dilution d'un des deux médicaments. Le malade prend une cuillerée toutes les deux heures en alternant les médicaments.

3° *Euphrasia.* — Ce médicament sera préféré si le coryza est très abondant, non corrosif, et s'il existe en même temps une conjonctivite avec larmoiement abondant comme dans la rougeole.

Doses et mode d'administration. — Les premières dilutions, ou même la teinture-mère, administrées comme nux vomica.

4° *Allium cepa.* — Ce médicament convient comme le précédent dans le coryza très aigu avec larmoiement. Cette indication a été prise de l'action bien connue exercée par l'oignon sur les personnes occupées à peler ce légume. Alium cepa est un médicamont très efficace.

Doses et mode d'administration. — Les trois premières dilutions.

5° *Arsenicum.* — L'arsenic est un médicament très sûr dans le traitement du coryza aigu très intense, surtout si l'écoulement est brûlant et corrosif.

Doses et mode d'administration. — Comme les précédents.

6° *Dulcamara.* — C'est le médicament principal du coryza *des nouveau-nés.*

Cette indication est absolument clinique et on la retrouve depuis le commencement de la tradition homœopathique.

Doses et mode d'administration. — Comme précédemment.

7° *Chamomille et belladone.* — Ces deux médicaments trouvent leurs indications dans les douleurs excessives qui accompagnent certains coryzas. Ces douleurs siègent dans les sinus maxillaires et dans les sinus frontaux, et quand elles sont très intenses, elles s'accompagnent d'angoisses et d'agitation.

Doses et mode d'administration. — On fait préparer deux potions avec quelques gouttes de la 3e dilution, et on alterne les médicaments toutes les heures ou même toutes les demi-heures.

Période chronique. — 1° *Pulsatilla.* — Ce médicament convient dans le traitement du coryza, dès que l'écoulement devient épais. La caractéristique de ce médicament est la perte de l'odorat et du goût.

La pulsatille convient encore dans le coryza chronique avec épaississement de la membrane muqueuse nasale, ulcération des narines, obstruction des fosses nasales, sécrétion de mucus épais et jaune, ou vert et fétide.

Doses et mode d'administration. — La pulsatille doit être prescrite aux basses dilutions et même à la teinture-mère ; deux à trois doses par jour pendant plusieurs semaines.

1° *Silicea.* — Ce médicament est très important dans le traitement du coryza chronique, de l'enchiffrènement chronique avec épaississement, rougeur et ulcération de la muqueuse nasale, un écoulement purulent fétide ayant l'odeur de viande gâtée.

La silice convient encore à une autre variété de coryza chronique alternativement fluent et sec accompagné d'éternuements.

Doses et mode d'administration. — La 30e dilution est la dose qui convient pour ce médicament. Il devra être administré deux fois par jour pendant huit à dix jours et repris après un repos de quatre jours.

2° *Hepar sulfuris.* — L'action d'hepar sulfuris est analogue à celle de silicea ; et ces deux médicaments peuvent être alternés.

Les symptômes qui indiquent plus particulièrement

hepar sulfuris sont : l'obstruction des narines avec prurit, douleurs et croûtes à l'intérieur, ou, au contraire, écoulement muco-purulent de mauvaise odeur, quelquefois mêlé de sang ; il y a en même temps gonflement et rougeur du nez et perte de l'odorat.

Doses et mode d'administration. — Nous prescrivons habituellement la 3^e ou la 6^e dilution administrée comme pour silicea.

3º *Graphites.* — Ce médicament convient aussi bien à un écoulement pruriforme avec croûtes dans l'intérieur du nez, ulcérations des narines accompagnées de dartres humides de la face ; l'écoulement est fétide même pour le malade ; ce qui exclue toute idée d'ozène vraie, affection dans laquelle l'odorat est absolument perdu.

Le graphite convient encore dans les cas d'obturation et de sécheresse pénible du nez.

Doses et mode d'administration. — Comme pour hepar sulfuris.

4º *Kali bichromicum.* — L'ulcération et destruction des parois des fosses nasales est le symptôme le plus caractéristique de l'empoisonnement lent par le bichromate de potasse. Cette perforation est précédée d'un coryza aigu et violent avec éternuements, flux séreux et larmoiements, gonflement et rougeur du nez, plus tard, les malades mouchent des bouchons durs et élastiques que les ouvriers qui travaillent au bichromate de potasse appellent *des briques*. L'odorat est quelquefois perdu.

Ces symptômes indiquent le kali bichromicum dans le traitement du coryza chronique avec ulcération profonde de la muqueuse de la cloison et formation de bouchons durs et élastiques mouchés par le malade.

Doses et mode d'administration. — Premières dilutions.

6° *Kali hydriodicum.* — L'action bien connue de l'iodure de potassium sur la membrane muqueuse du nez, des sinus frontaux et de la conjonctive indique, naturellement, ce médicament dans le traitement du coryza aigu. Son action sur les affections scrofuleuses devait faire penser à lui dans le coryza chronique, si habituel chez les scrofuleux, et la clinique a prouvé, en effet, que le kali hydriodicum était un très bon médicament dans le traitement du coryza à toutes ses périodes.

Doses et mode d'administration. — Comme le précédent.

Conium maculatum, calcarea carbonica et *sulfur* ont été employés par quelques médecins avec succès dans le traitement du coryza chronique ; mais, comme les indications propres à chacun de ces médicaments n'ont pas été données, nous ne pouvons que les signaler à l'attention des praticiens.

TRAITEMENT DE LA FIÈVRE DES FOINS.

Arsenicum et nux vomica, kali chloricum, allium cepa, cyclamen et elaterium, sabadilla et chinum sulfuricum sont les principaux médicaments du rhume de cerveau des goutteux connu sous le nom de fièvre des foins.

1° *Arsenicum.* — L'arsenic produit un coryza suraigu revenant chaque matin avec éternuements incessants, écoulement muqueux extrêmement abondant, larmoiement, rougeur du nez et excoriations de la lèvre supérieure.

Ces symptômes justifient l'indication de l'arsenic dans le traitement de la fièvre des foins et la clinique a souvent justifié cette indication.

Doses et mode d'administration. — Je prescris habituellement la troisième trituration administrée quatre fois par jour.

2° *Nux vomica.* — La noix vomique, comme l'arsenic, produit un coryza avec éternuements incessants et flux continuel d'un mucus aqueux ; si ce coryza fluent est remplacé la nuit par un enchiffrènement prononcé, la noix vomique sera tout particulièrement indiquée, mais nous avons l'habitude d'alterner la noix vomique et l'arsenic.

Doses et mode d'administration. — Comme pour l'arsenic. Si on alterne ces deux médicaments, j'ai trouvé bon de prescrire deux doses d'arsenic le matin et deux doses de noix vomique le soir.

3° *Kali chloricum.* — Le chlorate de potasse produit chez l'homme sain un coryza violent avec éternuements incessants et écoulement abondant de sérosité ; il était donc indiqué dans le traitement de la fièvre des foins. Je l'ai prescrit plusieurs fois avec succès.

Doses et mode d'administration. — C'est la sixième dilution que j'ai employée ; peut-être une dose plus forte serait-elle plus efficace.

4° *Allium cepa.* — Nous avons déjà vu les indications de ce médicament à propos du traitement de la forme aiguë du coryza, et nous renvoyons à ce paragraphe pour les indications de ce médicament dans le traitement de la fièvre des foins.

5° *Cyclamen.* — L'histoire physiologique de ce médicament présente les symptômes de coryza fluent avec éternuements et diminution de l'odorat. Roth rapporte l'observation d'un cas de fièvre des foins avec écoulement d'eau très abondant, éternuements très fréquents, émoussement de l'odorat et du goût, douleurs de tête et d'oreilles guéris par le cyclamen. Roth a négligé d'indiquer la dose qu'il avait employée.

6° *Elaterium.* — La respiration de la vapeur de la tein-

ture d'élaterium détermine un coryza violent, accompagné de nombreux éternuements et un écoulement énorme de sérosité aqueuse. Ces faits ont conduit à l'employer dans le traitement de la fièvre des foins, surtout quand l'écoulement de la sérosité était très abondant.

Doses et mode d'administration. — La dose varie de la troisième à la sixième dilution.

7° *Sabadilla.* — La cévadille produit chez l'homme sain un coryza fluent avec éternuements, la tête douloureuse et le visage altéré.

Ce sont ces symptômes qui ont conduit Bayes à employer ce médicament dans la fièvre des foins. D'après ce médecin, sabadilla serait un médicament précieux dans le traitement du *hay-fewer* quand l'écoulement de sérosité est fort abondant, avec éternuements violents, avec larmoiement, céphalalgie frontale, chaleur et rougeur de la face et des yeux.

Doses et mode d'administration. — Bayes a employé la troisième dilution décimale à l'intérieur et à l'extérieur sous forme d'olfaction.

8° *Chinum sulfuricum.* — Le sulfate de quinine produit des symptômes de coryza fluent à marche aiguë, mais son indication dans le traitement de la fièvre des foins se tire bien plus tôt de l'intermittence des accidents. Quand les accès de coryza reviennent chaque jour à heure fixe, le sulfate de quinine est indiqué. Ce médicament constitue du reste un des moyens usuels de l'allopathie.

Doses et mode d'administration. — Dans ce cas, le sulfate de quinine doit être administré comme dans les fièvres intermittentes, c'est-à-dire à la dose d'un gramme chez l'adulte, pris en deux fois le plus loin possible de l'accès.

Dans le coryza aigu très violent avec douleur insuppor-

table, nous avons retiré le plus grand avantage de l'emploi du moyen externe suivant :

Chlorhydrate de cocaïne . .	0 gr. 20 centigr.
Chlorure de sodium	0 gr. 20 —
Eau distillée	10 grammes.

Quelques gouttes dans le creux de la main à renifler dans l'une ou l'autre narine trois ou quatre fois par jour.

Dr P. JOUSSET.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

DE LA GRIPPE AU POINT DE VUE CHIRURGICAL. — DES MESURES PROPRES A RENDRE MOINS FAIBLE L'ACCROISSEMENT DE LA POPULATION DE LA FRANCE.

I

M. VERNEUIL (19 août) est venu compléter la communication intéressante qu'il avait déjà faite sur les *complications chirurgicales de la grippe*. Il commence par rapporter à M. JEANNEL, de *Toulouse*, le mérite d'avoir vu le premier, compris et enseigné le double rapport de la grippe et des traumatismes chirurgicaux, à savoir qu'*une attaque antérieure de grippe peut singulièrement aggraver le pronostic du traumatisme*, et que réciproquement, *ce traumatisme provoque facilement les rechutes de la maladie susdite.*

Le fait dont est parti M. Jeannel peut se résumer ainsi : rétroversion utérine douloureuse et ovaire gauche kystique douloureux. L'opération décidée est retardée par une attaque de grippe légère sans symptômes thoraciques,

ni intestinaux, ni nerveux, d'une durée de quatre jours ; convalescence rapide et sans aucun incident. On opère quinze jours après le début de la grippe, en enlevant les deux ovaires, sans toucher à l'utérus qu'on avait eu d'abord le projet de fixer : antisepsie rigoureuse, manuel opératoire des plus simples ; bref un de ces cas dont le succès est aujourd'hui absolument assuré. Cependant le lendemain, fièvre ardente et mort le sixième jour. A l'autopsie, aucune lésion du péritoine, ni d'aucun organe quelconque, de sorte qu'il était impossible de conclure à autre chose qu'à une rechute de grippe déterminée par le traumatisme opératoire et suivie de mort.

Toutefois, l'absence de lésions est loin d'être constante, car la grippe a de remarquables *propriétés pyogéniques*, comme en témoigne le cas qui suit, dû à M. Liot :

Un homme de 60 ans présentait deux anévrysmes poplités, l'un droit très volumineux, l'autre gauche plus petit. Le droit est extirpé le 16 novembre, et tout marche à merveille, sauf une petite eschare à la jambe. Le 2 décembre, attaque de grippe avec broncho-pneumonie, sans retentissement sur le membre opéré ; convalescence difficile et rétablissement incomplet. On n'en opère pas moins, le 16 janvier, l'anévrysme gauche par la simple ligature au-dessus du sac : réunion par première intention. Et cependant, le neuvième jour, fièvre, symptômes pulmonaires et arthrite du genou droit.

L'autopsie montre une hépatisation grise du poumon gauche, le genou droit suppuré, les plaies cicatrisées, mais, le long du tronc tibio-péronier, une fusée purulente allant rejoindre l'eschare dont nous avons parlé. Il est démontré par l'analyse de l'observation que la pyoémie, au moins comme invasion apparente, est consécutive à la

dernière opération et à la récidive grippale qu'elle a occasionnée. Cette terminaison eût sans doute été évitée par une plus longue attente, et c'est la morale à tirer de cette histoire. Mais combien de temps convient-il d'attendre? M. Poncet pratique une opération deux mois après la grippe, alors que les fonctions digestives étaient intactes et que l'état général semblait excellent, et le malade succombe à la diathèse purulente. La *pyoémie post-grippale* ne va pas toujours jusqu'aux graves conséquences que nous avons vues, mais il est déjà remarquable de voir suppurer des plaies accidentelles ou opératoires, lesquelles, en d'autres circonstances, n'auraient certainement pas suppuré. C'est ainsi qu'à la suite de piqûres légères, on a vu survenir des *panaris*, des *lymphangites*, des *abcès profonds*, et les conséquences de la grippe vont si loin qu'on a été jusqu'à voir des *néphrites albuminuriques*.

A ces faits j'ajouterai le suivant : depuis plusieurs années, le seul cas de suppuration post-opératoire que nous ayons observé à St-Jacques est celui d'une femme opérée d'un carcinôme du sein. Nous ne levons jamais le pansement, en pareille circonstance que du 7e au 10e jour ; or, ici, le 8e, une brusque ascension du thermomètre nous obligea de déroger à notre pratique habituelle, et nous trouvâmes du pus dans l'aisselle. La réunion de la plaie du sein n'en était pas moins parfaite et resta telle par la suite ; mais des abcès survinrent sous la cicatrice, abcès isolés du creux de l'aisselle, et sans communication avec ce dernier foyer. L'état général était fort médiocre, et il fallut trois semaines de drainages et de soins pour venir à bout de l'incident. Cette suppuration par foyers isolés était véritablement singulière, en ce sens surtout qu'elle coïncidait

avec une réunion par première intention, qu'aucune faute n'avait été commise par rapport à l'antisepsie et qu'il n'était pas possible d'admettre une infection secondaire, pour employer le langage du jour, attendu que le pansement antiseptique et ouaté était des plus exacts et qu'il n'y avait pas été touché. Il fallait nécessairement admettre une diathèse purulente localisée, *de cause interne*. Nous ne pensâmes pas alors à la grippe, il faut bien l'avouer : ce n'est que depuis lors que nous avons appris que cette femme avait eu la grippe en février, et nous l'opérions en juin.

Si au lieu d'être antérieure au traumatisme, la grippe éclate intercuremment après une blessure, elle vient *ralentir ou suspendre le travail réparateur* et peut même, dans ces conditions, amener une mort rapide ; alors que la réunion est parfaite, il peut arriver que la cicatrice se rompe et s'ulcère, que les bords se décollent et suppurent abondamment. Les lésions anciennes, non traumatiques, exposent également à la pyoémie, lorsque la grippe intervient ; rétrécissements de l'urèthre, cystites, etc.

En dehors des traumatismes, les complications chirurgicales de la grippe sont nombreuses et intéressantes à étudier. M. Verneuil étudie successivement les *phlébites*, un cas même de *thrombose généralisée* ayant entraîné la mort ; l'*artérite*, les *embolies artérielles* et la *gangrène consécutive* ; des *lymphangites* et des *érysipèles*. Ces complications n'ont pas besoin de traumatismes pour se manifester. Les pyoémies grippales, sans aucun traumatisme comme porte d'entrée, sont même plus communes que celles dont il a été seulement question jusqu'ici et qui partent d'une plaie. L'histoire de ces diathèses purulentes peut être ébauchée aujourd'hui sur une douzaine de cas.

Avant la formation des abcès, on ne note, dans les cas que nous envisageons en ce moment, rien autre chose que la grippe, avec ou sans broncho-pneumonie ou endocardite. Le pus se localise le plus souvent sur les articulations, puis dans le tissu cellulaire des membres; les abcès sont d'ordinaire peu nombreux. Dans quelques cas, le foie et les reins ont été atteints, mais il ne paraît pas que l'on ait observé ces abcès métastatiques classiques qui caractérisent la pyoémie chirurgicale vulgaire. L'apparition des abcès est presque toujours annoncée par une douleur locale très vive. Les renseignements bactériologiques sont rares : on a cependant constaté des streptocoques, des staphylocoques dorés. Les tracés thermométriques ne diffèrent guère de ceux que l'on connaît, sans montrer cependant d'oscillations thermométriques désordonnées. Les accidents cérébraux apparaissent presque toujours dans les cas mortels. L'ictère, l'albuminurie, la diarrhée ont été plusieurs fois notés ; il existe des observations dans lesquelles le frisson a manqué.

Ne pouvant reproduire autre chose que le résumé incomplet du beau travail de M. Verneuil, nous donnerons du moins ses *conclusions*.

« 1° La grippe, en sa qualité de maladie générale, infectieuse, peut exercer une influence fâcheuse sur les blessures et les opérations chirurgicales.

« 2° Cette influence peut s'exercer non seulement pendant la durée de la grippe, mais encore pendant sa convalescence.

« 3° C'est surtout par sa tendance à la pyogénie que la grippe traduit cette influence.

« 4° La tendance pyogénique de la grippe est démontrée par l'apparition fréquente, au cours ou à la suite de cette

maladie, et en dehors de toute blessure, d'affections inflammatoires diverses : conjonctivite, otite, parotidite, pleurésie, péricardite, péritonite, arthrite purulente, furoncles, abcès isolés ou multiples, superficiels ou profonds, orchite, suppurations d'affections antérieures à la grippe ; kystes de l'ovaire, hydarthrose, cystite, etc.

« 5° Les systèmes veineux, artériel et lymphatique, peuvent aussi être envahis spontanément et donner lieu à des phlébites, des artérites, des lymphangites, à la gangrène des membres par suite d'embolies ayant sans doute pour point de départ une endocardite végétante.

« 6° Lorsque la grippe envahit le domaine chirurgical, elle provoque des complications analogues aux affections que nous venons d'énumérer.

« 7° En premier lieu, vient la suppuration des blessures accidentelles ou opératoires que, grâce à l'emploi de la méthode antiseptique, on croyait justement à l'abri de cette complication.

« 8° Si la grippe survient à la suite d'une opération, elle peut retarder la cicatrisation, désunir même la plaie opératoire déjà réunie et entraîner la suppuration de son foyer ; si, au contraire, la blessure accidentelle ou chirurgicale a lieu pendant la convalescence de la grippe, dans certains cas, la cicatrisation normale ne se produit pas ; dans d'autres cas, le traumatisme réveille la grippe et celle-ci aggrave le traumatisme.

« 9° Alors surviennent diverses complications : *a*) dans les cas bénins, on observe seulement un état fébrile marqué, comme dans l'attaque primitive de grippe ; *b*) dans d'autres, les complications broncho-pulmonaires acquièrent une intensité considérable et peuvent entraîner la mort ; *c*) dans d'autres, le foyer opératoire restant intact,

on constate, pendant la vie et à l'autopsie, tous les phénomènes graves de la septicémie et de la pyoémie; *d*) dans d'autres, enfin, la plaie s'enflamme, se sphacèle même et de ses bords partent l'érysipèle et la lymphangite.

« 10° Il est donc important d'être prévenu de la possibilité de l'intervention de la grippe pendant la cure des plaies. Quand, au cours d'une épidémie de grippe, on observe chez un opéré ou un blessé, pansé régulièrement d'après les règles de la méthode antiseptique, une élévation brusque de la température, on devra soupçonner l'invasion de cette affection.

« 11° La pyoémie grippale diffère de la pyoémie traumatique par différents points : elle survient plus souvent spontanément qu'après une plaie ; — les abcès métastatiques, bien que multiples, sont d'ordinaire peu nombreux; ils renferment le plus souvent des pneumocoques mélangés aux autres microbes de la suppuration ; — les frissons, si communs dans la pyoémie ordinaire, font généralement défaut et le tracé thermométrique ne présente pas les oscillations désordonnées si caractéristiques de cette dernière. La terminaison par guérison paraît moins rare dans la pyoémie grippale que dans l'autre.

« 12° La possibilité de la guérison autorise donc le chirurgien, en l'absence de renseignements exacts sur le microbe de la grippe, à poursuivre avec persévérance le traitement des abcès grippaux, symptomatiques ou non de la pyoémie, par l'incision, le drainage et les lavages antiseptiques.

« 13° L'influence réciproque fâcheuse du traumatisme et de la grippe étant démontrée, les chirurgiens devront s'abstenir, sauf les cas d'urgence, de pratiquer aucune opération, particulièrement sur les voies respiratoires,

plus exposées encore que les autres organes aux complications grippales.

« 14° Avant de pratiquer aucune opération sur les personnes ayant eu la grippe, il faut attendre que leur état général soit redevenu normal, et leur faire suivre pendant un certain temps un traitement tonique et réparateur, en ayant surtout recours à l'antisepsie interne par le sulfate de quinine, le naphtol, etc. Un changement d'air serait probablement très favorable.

« 15° La grippe paraît exercer une influence fâcheuse sur la marche des tumeurs, dont elle accélère le développement.

« 16° Elle semble agir aussi défavorablement sur la grossesse et ses suites. »

II

M. Lagneau, dont la compétence ne saurait faire doute, a lu, pendant trois séances, un mémoire étendu sur la *démographie française*, étudiée au point de vue du *faible accroissement de notre population*, fait qui, aujourd'hui, préoccupe tout le monde, dont la politique ne s'empare pas moins que l'économie sociale, pour fournir, il faut bien le dire, les conclusions les plus dépourvues de sens commun. De la fantaisie dans l'appréciation des causes découlent fatalement les propositions les plus diverses au sujet des mesures à prendre pour remédier au mal, alors que, pour nous, la question est de savoir s'il y a des remèdes possibles à la conséquence, en quelque sorte fatale, de l'évolution d'un peuple en décomposition. Cela dit une fois pour toutes, nous exposerons sans trop de commentaires.

Les trois éléments statistiques à considérer sont : la *nuptialité*, la *natalité* et la *mortalité*.

Les *mariages* deviennent de moins en moins nombreux : en 1884, 1 mariage annuel sur 130 habitants ; en 1888, 1 mariage sur 138 habitants. En même temps, les mariages sont plus tardifs. C'est à Paris qu'il y a moins d'hommes mariés et que l'on se marie le plus tard. On a accusé le service militaire, les formalités compliquées et coûteuses de l'état civil, l'émigration, que sais-je encore ; mais la première cause n'a pu déjà se montrer, puisque la nouvelle loi ne fait que d'entrer dans sa première période d'exécution et que les autres ont existé de tous les temps. Les conséquences indirectes du célibat prolongé sont nombreuses : alcoolisme, prostitution, natalité illégitime. On donne comme preuve de cette dernière conséquence l'exemple des Israélites qui se marient jeunes et donnent trois fois moins de naissances illégitimes que les autres races.

Depuis la guerre, qui, comme toujours, fut suivie d'une période passagère d'accroissement, la *natalité* n'a cessé de décroître progressivement, et régulièrement depuis 1881 : le recul dépasse 5 p. 100 dans la dernière période décennale. En Russie, la natalité est plus d'une fois plus élevée qu'en France. Au lieu d'une naissance sur 37,4, en 1872, nous n'avions, en 1888, qu'une naissance sur 40,6 habitants. Il va sans dire que la natalité illégitime s'est accrue dans des proportions considérables, surtout à Paris, où elle est presque double qu'au commencement du siècle, et dans les villes de garnison. Sur la totalité du territoire, la natalité illégitime est presque le double aussi de ce qu'elle est en Angleterre. Il y a donc, chez nous, un renversement de plus en plus accentué du rapport entre les deux sources de natalité.

La stérilité des femmes a-t-elle augmenté, ainsi qu'on le prétend? Cette stérilité plus grande, si elle est réelle, reconnaît-elle pour cause la plus grande fréquence des affections utérines, surtout post-puerpérales? Ce qui n'est pas niable, c'est l'influence néfaste de la prostitution et de la syphilis, avec les avortements qu'elle entraîne. Les avortements sont rendus plus communs également par certaines industries, telles que celles où interviennent le plomb, les manipulations du tabac. On peut faire encore le procès de l'infécondité des hommes; mais tout cela — qu'on me pardonne le mot — c'est la recherche de la petite bête.

Il semble que l'étude comparative de la natalité très diverse de nos provinces soit un élément d'information incomparable: cependant, l'appréciation des causes n'en est pas éclaircie. Pourquoi les naissances ont-elles conservé, jusqu'ici, un chiffre assez élevé en Bretagne? La fécondité y est-elle donc supérieure? Ou bien faut-il accuser uniquement la volonté des familles, cause qui évidemment domine toutes les autres? Mais la *restriction volontaire* a elle-même ses causes sociales, et la loi n'en est pas aisée à trouver. Tout au plus peut-on poser quelques jalons: les départements riches sont, en général, ceux qui fournissent le moins d'enfants par ménage; le partage forcé des héritages et l'abolition du droit de tester jouent un rôle compliqué, parce qu'il est lié à l'augmentation des besoins de bien-être et de jouissance, à la diminution des qualités laborieuses de la race. Quelle est l'influence de la question religieuse? Accuser le célibat des religieux est un enfantillage de mauvaise foi, parce que le nombre des vœux religieux a certainement diminué. Il n'est pas exact de dire que les départements les

plus religieux sont toujours les plus féconds : la preuve, c'est que de bons socialistes ont accusé la religion catholique d'être la cause de l'infécondité décadente de notre malheureux pays. Il n'en est pas moins vrai que l'affaiblissement du sentiment religieux n'est pas sans intervenir puissamment dans le résultat. On ne niera pas que la foi robuste des ancêtres fut le facteur le plus apparent de cette généreuse imprévoyance qui devient l'exception parmi nous. Voici que je me surprends à dire mon mot, malgré ma promesse, et je ne m'en dédis plus. M. Lagneau nous dit que les carrières sont devenues plus difficiles, les enfants infiniment moins faciles à caser qu'autrefois. Mais n'en est-il pas de même en Angleterre ? Les Anglais font encore plus de cas du bien-être que nous : et cela ne les empêche pas de procréer ! Ce qui semble nous être un obstacle n'est qu'un stimulant pour nos voisins d'outre-Manche. Qu'on retourne la question dans tous les sens, et l'on ne trouvera jamais que ceci : En Angleterre, on est généreusement imprudent, parce qu'on est plus énergique, que l'on se fie à l'initiative courageuse des enfants, sûr que l'on est soi-même de soutenir cette initiative et de l'encourager activement, en ne craignant pas de les expatrier ; tandis qu'en France, le calcul naît d'un défaut radical de courage et d'énergie, du manque de la volonté nécessaire à la lutte contre les difficultés croissantes de la vie. C'est une plaisanterie d'invoquer nos lois, comme si ces lois n'étaient pas précisément le résultat de l'affaiblissement de notre caractère. Est-ce que le partage des biens, pour ne parler que de cette cause, n'est pas né des plus inavouables sentiments des bas-fonds de l'âme humaine ? Il y a, puisque je donne mon sentiment propre, deux sortes de prudence : l'une légitime, laquelle ne compro-

met que ce qui peut l'être, l'autre qui n'est que de l'égoïsme inintelligent. Rien n'est moins intelligent, en effet, que la limitation volontaire du nombre des enfants, et voici pourquoi : la richesse individuelle est, avec les inégalités nécessaires, un facteur dérivé de la prospérité nationale ; or, attendu qu'il est démontré que celle-ci ne peut se maintenir que par une natalité élevée, toute restriction de cette natalité est un faux calcul, tant au point de vue national qu'au point de vue individuel. Les peuples paient leurs erreurs comme les individus ; l'affaiblissement du sentiment national, en France, coexiste avec une diminution des qualités intellectuelles et morales, et notre cas est exactement celui de l'avare qui garde son trésor, au lieu de le faire fructifier par une sage administration ; il meurt couché sur un tas d'or, mais ses descendants seront misérables, s'ils ne se décident à faire valoir leur bien.

Si le pauvre a plus d'enfants que le riche, l'ouvrier que le bourgeois, c'est que les premiers calculent moins : la civilisation agit donc au rebours de ce qu'elle devrait produire, c'est-à-dire de la sage intelligence de nos besoins ; et ce n'est pas une conséquence fatale de la civilisation en général, puisque la France est presque la seule nation à se trouver dans le cas qui nous occupe. C'est donc que, dans la civilisation, il y a, comme partout, la grande route et les chemins de traverse, et que nous avons pris l'un de ces derniers. Le danger est menaçant pour notre pays.

La proportion croissante des naissances illégitimes a deux graves conséquences : une mortinatalité formidablement accrue, et une mortalité plus grave encore des enfants du premier âge : grâce à quoi, bien que la mortalité

générale ait diminué, la France perd encore un sixième de ses enfants pendant la première année de leur existence. Notre mortalité est un peu supérieure à celle de l'Angleterre, mais moindre que celle de la Prusse et beaucoup moins grande que celle de la Russie, pays où la natalité est en excès si considérable. On meurt, dans nos villes, plus que dans nos campagnes, et encore trop dans l'armée en temps de paix. Aussi l'immigration exagérée des campagnes dans les villes est elle un fait très fâcheux. Quant à la mortalité du premier âge, elle relève des procédés vicieux d'allaitement, contre lesquels il reste tant à faire.

Il résulte de l'état de choses que nous venons de résumer d'après les chiffres de M. Lagneau, que l'excédent des naissances sur les décès, en France et durant ces dernières années, s'est montré de plus en plus minime, à telles enseignes que, sans l'appoint des naissances illégitimes, les plus meurtrières de toutes, la population française diminuerait. L'excédent n'est plus, en définitive, que de 1,19 sur 1000 par année. En revanche, le nombre des étrangers établis en France s'accroît, pour fournir une compensation insuffisante. Avec cette adjonction, en effet, la population ne s'accroît que de 3,22 sur 1000 habitants par année, alors que ce chiffre est de 12 environ en Prusse et de 13 en Angleterre. C'est par suite d'un fait semblable que l'*Empire Romain*, qui nous valait bien, a péri. Si quelque naïf pousse le cri de *Caveant Consules*, je lui répondrai que le mal dont nous mourons a cette autre conséquence de nous valoir de détestables *consuls*, qu'un pays n'a d'ailleurs que les institutions qu'il mérite, et que quand il ne sait plus se donner des maîtres dignes de le conduire dans la voie de l'honneur, il se livre aux tyrans indignes qui précipitent sa ruine.

Nous sommes donc fort à l'aise pour apprécier comme elles le méritent, c'est-à-dire comme des rêveries ridicules, et tout au moins comme des remèdes enfantins, les mesures données par M. Lagneau pour restreindre les fâcheuses conditions démographiques qui nous enserrent. Modifier la législation, c'est tout ce que l'on découvre : si courte cependant que soit cette vue, elle est une utopie, parce qu'avant de modifier la loi, il faudrait changer l'esprit qui la dicte, et que l'esprit ne se peut jamais changer. La première loi de l'évolution des peuples est la fatalité de leur marche dans un sens ou dans l'autre, avec des oscillations séculaires, mais sans changement possible de direction fondamentale. On en sera convaincu une fois de plus, en suivant l'exposition de M. Lagneau.

Parmi les mesures à prendre, le savant statisticien en propose de relatives à la *protection de la jeune fille*, à celle de l'enfant illégitime ; un *impôt sur les célibataires*, ce qui devient grotesque ; la suppression des entraves légales ou paperassières au mariage ; l'abréviation du service militaire, la faculté accordée de poursuivre, en même temps, les études des carrières libérales ; des mesures sérieuses contre la prostitution et la syphilis ; l'encouragement donné au développement colonial, comme si l'on créait un mouvement colonial par voie administrative, comme si la paresse nationale n'était pas la cause de l'insuccès de nos colonies. Toujours la même inintelligence de ce que nous sommes ou plutôt, hélas, de ce que nous ne sommes pas.

Réussira-t-on mieux en créant, suivant le vœu de M. Lagneau, des *maternités ouvroirs*, des *maternités secrètes*, des *bureaux secrets*, pour prévenir, croit-on, l'infanticide ; en distribuant des secours aux mères indigentes ; par une

application plus générale de la *loi de protection des enfants du premier âge,* et des autres lois protectrices des enfants et des mineurs ; par l'assainissement et l'aération de l'habitant des villes ; par une meilleure hygiène des casernes ? Mesures excellentes sans aucun doute, mais qui ne remédieront pas plus au mal qu'une goutte d'eau ne fait grossir un fleuve. La *philanthropie* est une belle invention des âmes sensibles, mais qui n'est qu'un insignifiant appoint dans les questions sociales, peu influencées par ce qui ne vise que les individualités ou les catégories.

Peut-on s'opposer aux *émigrations des ruraux dans les villes?* Il faudrait d'abord, candide M. Lagneau, rétablir l'ancienne prospérité de l'agriculture. Depuis que le paysan est propriétaire, en est-il plus riche ? La démocratie est une belle chose, mais elle n'a encore accumulé que des ruines. Et on oublie trop que la nation la plus libre est celle qui est la plus prospère.

En revanche, on nous propose d'encourager l'immigration des étrangers, sans doute pour qu'ils nous conquièrent en détail, en attendant le reste. Je suis de ceux qui font fi de cette triste augmentation de population. Cette invasion lente de l'étranger est le signe le plus certain de la décadence d'une nation, désormais incapable de se suffire à elle-même. N'invoquez pas l'exemple de l'Amérique : à moins que cela ne soit pour faire la comparaison, aussi triste que philosophique, d'un peuple qui se forme avec un peuple qui se décompose.

L'Académie est donc invitée à indiquer à nos gouvernants la série de mesures propres à accroître la population de notre beau pays suivant les uns, de notre pauvre pays suivant les autres. Il n'est pas téméraire de prévoir que toutes les Académies du monde ne restaureront pas dans

un état incomplètement relevé de tant de chutes, ce qui lui manque, c'est-à-dire la foi en quelque chose, le travail, l'énergie, le désintéressement et le dévouement, la subordination de l'intérêt particulier à l'intérêt général, vertu qui a fait la gloire du passé, le culte des idées grandes et nobles substitué aux idées terre à terre et aux calculs égoïstes de nos économistes à courte vue. Si vous aviez le pouvoir surhumain de faire cela, je vous promets que la population s'accroîtrait démesurément, sans qu'il soit besoin de faire cet appel, que le désespoir seul excuse, à l'immigration étrangère. Mais je n'attends point ces prodiges de nos modernes politiciens.

D[r] PIEDVACHE.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE BERLIN

Le dixième congrès international de médecine a eu lieu à Berlin du 4 au 9 août dernier. Sans rentrer dans les discussions qui ont eu lieu entre divers de nos confrères parisiens sur l'opportunité de la participation des médecins français, nous ne pouvons nous empêcher de penser qu'il aurait été plus digne pour nous de nous abstenir; nous devons cependant reconnaître que la France y a été bien accueillie et bien représentée.

Nous ne pouvons faire ici un compte rendu critique de toutes les communications qui y ont été faites, nous nous bornerons à reproduire le résumé de celles qui se rapportent à la thérapeutique et de quelques autres d'un intérêt évident ; nos passsages en petit texte sont la reproduction du compte-rendu paru dans la *Médecine moderne*.

Dans la *séance d'inauguration*, après divers discours de bienvenue et de congratulation réciproque, nous trouvons un discours du D[r] Koch sur les *recherches bactériologiques* où cet auteur :

Rappelle les progrès récents qu'a faits la science microbiologique, le scepticisme qu'elle a provoqué au début, les exagérations dont elle a été l'objet. Il met les savants en garde contre les erreurs qu'ils peuvent commettre en ne tenant compte que d'un nombre insuffisant de caractères. S'il est facile de reconnaître le bacille de la fièvre typhoïde dans le foie ou la rate où il n'existe pas d'autres bactéries d'une forme semblable, il est beaucoup plus malaisé de le reconnaître dans l'intestin ou les eaux qui sont peuplées d'un grand nombre de microorganismes. La découverte du bacille de la fièvre typhoïde dans l'eau doit donc être acceptée avec beaucoup de réserve, car il faut qu'il présente d'autres particularités que ses caractères morphologiques pour être considéré comme la cause unique de la fièvre typhoïde.

Pour qu'on puisse dire qu'un microbe provoque une maladie, il faut : 1° le reconnaître constamment dans tous les cas de maladie et en quantité proportionnelle aux lésions mêmes de l'affection ; 2° ne pas le rencontrer dans une autre maladie ; 3° pouvoir le cultiver sur un autre terrain et avec lui reproduire cette même maladte. Il s'en faut de beaucoup que ces conditions aient été remplies pour certains organismes prétendus agents de maladies.

Le D[r] Koch reconnaît aussi plus loin que la bactériologie ne donne pas les résultats qu'on en attendait.

C'est surtout dans des affections pour lesquelles on ne s'y attendait pas, telles que les exanthèmes aigus, l'influenza, que la bactériologie nous a donné des mécomptes; pour aucune d'elles il ne nous a été possible de trouver les agents pathogènes. Nous ne pouvons expliquer ces résultats négatifs que par l'in-

suffisance de nos moyens d'investigation. On pourrait peut-être émettre l'opinion que, dans ces maladies, il ne s'agit pas du tout de bactéries, mais d'organismes de toute autre nature, comme des protozoaires par exemple.

Ceci n'est qu'une hypothèse.

Dans la section de médecine interne, à propos du *traitement de la maladie de Bright chronique*, le Dr **Lépine** cherche quels sont les moyens d'empêcher le développement de l'urémie, car pour lui c'est le but principal que le médecin doit toujours avoir en vue. Il s'occupe surtout du régime, et conseille principalement le lait; mais comme le malade s'en dégoûte facilement, il permet un peu de viande, mais en très petite quantité et non faisandée, des légumes frais et secs, du pain, des farineux; il n'est pas très partisan des œufs et s'il en laisse prendre, il proscrit complètement le blanc; les poissons de mer lui paraissent aussi défavorables.

Pour favoriser la diurèse, sans irriter l'épithélium sécréteur, on pourra recourir aux eaux minérales légèrement alcalines, à la tisane de queue de cerises et de barbe de maïs, etc. Ces boissons suffisent souvent; mais, quand la diminution de la diurèse s'accompagne des signes de la faiblesse du cœur, parmi lesquels j'ai toujours rangé le bruit de galop, il est nécessaire de recourir aux médicaments cardiaques. Au premier rang, je place la digitaline cristallisée (ou dissoute dans le chloroforme), qu'on dit être identique à la digitaline de Schmiedeberg. Même chez les brightiques, je ne crains pas d'en donner en une fois 1 milligramme (et parfois 2 milligrammes); mais je ne l'administre jamais deux jours de suite et j'attends même plusieurs jours pour que l'élimination du médicament soit complète, avant de réitérer son administration. En procédant ainsi, par doses massives et espacées avec la digitaline, j'ai eu de remarquables succès et jamais d'accidents. La caféine, qui exerce

aussi, comme on sait, une action spécifique sur l'épithélium rénal, m'a rendu également les plus grands services à la dose d'un gramme *au moins*, surtout en injection. Le salicylate de théobromine, à la dose de 3 grammes, est relativement bien moins actif; le strophantus est à rejeter, à cause de son action irritante sur le rein et il en est, je crois, de même de la scille, qui m'a paru parfois déterminer de légères hématuries.

L'iodure de potassium, qui est aussi un diurétique, trouve sa principale indication dans l'artério-sclérose. Le calomel me paraît à rejeter.

Le Dr DUJARDIN-BEAUMETZ parle ensuite du *traitement du diabète* : il établit d'abord qu'un diabète est léger et d'un pronostic favorable lorsque le sucre, même en quantité considérable disparaît en quinze jours par un régime rigoureux; si le chiffre du sucre sécrété ne s'abaisse pas, le diabète est grave et d'un mauvais pronostic; les cas intermédiaires où la quantité de sucre s'abaisse mais reste stationnaire à 10 ou 15 grammes, malgré le régime, sont encore d'un pronostic sérieux.

Le régime lui paraît plus important que le traitement pharmaceutique; le régime qu'il conseille est le régime classique : suppression des féculents et des sucres; usage d'aliments gras; il conseille la pomme de terre et le pain de soja.

Ce haricot, produit par le *glycina hispida* qui fournit au Japon un aliment apprécié et un fromage recherché, est aujourd'hui cultivé en grand en Europe. Il ne contient presque pas d'aliments et Blondel a démontré que cette graine était presque dépourvue de fécule, mais en revanche elle contient une huile purgative, l'huile de soja qui en rend la panification fort difficile. Cependant on fait dans le commerce un pain qui, associé au gluten ou non, est accepté par nombre de diabétiques.

J'ai été un des premiers à proposer de substituer la pomme de

terre au pain de gluten. Les analyses de Boussingault et de Mayet ont démontré en effet que, tandis que le meilleur pain de gluten donne de 20 à 30 grammes de sucre, la pomme de terre n'en donne pour 100 que 8 gr. 30. Mais il faut se rappeler que c'est à poids égal que l'on doit comparer le pain de gluten à la pomme de terre; une pomme de terre d'un certain volume, cuite à l'eau, pèse plus de 100 grammes. Si le malade mange plusieurs pommes de terre, il perdra tous les bénéfices du traitement, car 100 grammes de pain de gluten peuvent parfaitement suffire pour deux repas. Pour remplacer le pain chez les diabétiques, il faut limiter le régime à une seule pomme de terre cuite à l'eau et accompagnée de beurre.

Le Dr Dujardin-Beaumetz défend tous les fruits et le lait, sauf lorsqu'il y a albuminurie concomittante, il conseille aussi de défendre les alcools et les vins alcooliques, ne permettant que du vin coupé.

Comme traitement pharmaceutique, le Dr Dujardin-Beaumetz est très bref : eaux alcalines avant le repas avec 3 grammes de carbonate de lithine et deux gouttes de liqueur de Fowler.

Enfin, à la suite du professeur Sée, il recommande l'antipyrine. Ce médicament vient, du reste, chez un de nos clients diabétique depuis de longues années, de descendre le sucre de 65 grammes par litre à 1 gr. 25 après un mois et demi de traitement.

Dans la section d'hygiène, le professeur Bouchard fait la communication suivante, *essai d'une théorie de l'infection* :

Après une étude analytique des procédés par lesquels l'organisme animal est capable de détruire les bactéries : le phagocytisme et l'état bactéricide, M. Bouchard étudie les moyens pa

lesquels les bactéries influencent l'économie animale. Les microbes agissent par leurs produits de sécrétion.

Sans se prononcer sur le nombre et la nature de ces matières, il insiste principalement sur l'existence d'une matière qui, dès qu'elle a pénétré dans la circulation, paralyse le centre vaso-dilatateur à tel point que les phénomènes d'exsudation et de diapédèse sont rendus absolument impossibles. A la suite de l'injection de cette matière, les phénomènes cardinaux de l'inflammation ne peuvent plus se produire, pas plus après les frictions à l'huile de croton qu'après l'injection des microbes provocateurs de lésions locales. Or, ces produits qui empêchent la lésion locale, c'est-à-dire la diapédèse, rendent plus rapide et plus grave l'infection générale et même la rendent possible chez les animaux qui possèdent l'immunité naturelle ou l'immunité acquise. L'action de ces matières est immédiate, mais elle est complètement épuisée six à huit heures après l'injection.

M. Bouchard entre aussi dans quelques développements au sujet des matières vaccinantes. Elles agissent lentement sur la nutrition et produisent l'état bactéricide qui persiste longtemps après leur élimination, qui commence à être apparent seulement deux jours après l'injection, qui est très manifeste au bout de trois et quatre jours. Il rappelle quelques recherches récentes établissant que, dans les humeurs bactéricides, les virus forts subissent en moins de quarante minutes une atténuation complète. Il termine par une synthèse dans laquelle il donne d'abord la théorie de la maladie.

Si le microbe inoculé tombe dans un milieu très bactéricide, il ne s'y développera pas, il n'y aura pas de maladie : s'il tombe dans un milieu favorable, il se développe immédiatement ; si le milieu est modérément bactéricide, il le modifie localement par ses diastases et l'adapte à ses besoins. Alors, que le développement ait été immédiat, ou qu'il ait été précédé par une phase de dégénérescence, la maladie commence. Dès que le nombre des microbes est devenu suffisant pour que les produits de sécrétion constituent une masse qui n'est plus négligeable, les symptômes fébriles et toxiques apparaissent. L'état bactéricide n'existe pas encore, le phagocytisme seul pourrait lutter en fa-

veur de l'organisme animal; mais le plus souvent, il en est empêché parce que, en même temps que les autres substances toxiques, le microbe a versé dans le sang la substance qui paralyse le centre vaso-moteur et rend la diapédèse impossible. La pullulation va donc continuer et l'intoxication s'aggraver. Mais pendant ce temps, les matières vaccinantes ont commencé à modifier la nutrition, l'état bactéricide va s'établir. La maladie est arrivée à son acmé, elle n'a plus qu'à décroître. Dans le milieu désormais bactéricide, la pullulation des bactéries se ralentit, leurs sécrétions diminuent, en particulier, celle dont les produits empêchent la diapédèse. Alors les globules blancs sortent des vaisseaux et le phagocytisme détruit les microbes déjà atténués par l'état bactéricide.

Dans sa théorie de la vaccination, M. Bouchard fait remarquer que la guérison est la première manifestation de l'immunité acquise; que cette immunité laissée par la maladie est due à la persistance de l'état bactéricide et que si, chez les vaccinés, on voit le même microbe ne plus produire l'infection générale, mais provoquer la lésion locale, c'est-à-dire la diapédèse et par suite le phagocytisme, cela tient à ce que la bactérie virulente s'est atténuée dans l'humeur bactéricide et, par suite de cette atténuation, n'a plus sécrété la substance qui s'oppose à la diapédèse.

Quant à l'immunité naturelle, elle ne peut pas être attribuée à un état bactéricide, elle dépend du degré plus grand de résistance que, dans certaines espèces animales, le centre vaso-dilatateur oppose aux matières paralysantes. La preuve, c'est qu'on triomphe de la résistance des animaux réfractaires, en introduisant avec une même dose de virus une dose plus forte de la matière qui empêche la diapédèse.

A la section de médecine interne, MM. Dieulafoy, Chantemesse et Vidal font la très intéressante communication suivante sur une *pseudo-tuberculose mycosique* :

Ils attirent l'attention sur une variété rare de pneumopathie causée par le développement d'un champignon chez les oiseaux et chez l'homme.

Il y a longtemps déjà que des moisissures ont été trouvées dans les sacs aériens de certains animaux et surtout des oiseaux. Les premières observations, celles de A. C. Mayer notamment, remontent au commencement de ce siècle. En ces dernières années, Grawitz s'est attaché à démontrer les qualités infectieuses de certains *aspergillus*, en injectant leurs spores dans le système circulatoire du lapin et Lichteim a prouvé que le rôle prépondérant revenait à l'*aspergillus fumigatus.*

Les auteurs ont trouvé ce champignon chez les jeunes pigeons atteints d'une maladie de la bouche désignée vulgairement sous le nom de *chancre.*

Les lésions restent parfois localisées à la cavité buccale, mais le plus souvent, elles se généralisent au poumon, au foie et plus rarement à l'œsophage, à l'intestin, aux reins. La lésion localisée au plancher buccal prend la forme d'un nodule blanchâtre d'apparence caséeuse, du volume d'un pois à celui d'une petite noisette. Dans le poumon, elle affecte la forme de granulations tuberculeuses typiques représentées par des tubercules miliaires tantôt transparents, tantôt opaques, isolés, disséminés ou agglomérés en masses caséeuses, à la façon des tubercules de Laënnec. Ces tumeurs ne renferment pas de bacilles de la tuberculose, mais contiennent à leur centre un mycélium de champignon. Les cultures faites dans le laboratoire de M. le professeur Cornil avec l'aide de M. Fayod, ont montré que ce champignon présentait tous les caractères de l'*aspergillus fumigatus.* Les spores ne germent pas au-dessous de 15° et son mycélium prospère surtout à une température voisine de celle du corps humain. La culture au début revêt une couleur verdâtre qui, bientôt, vire à la teinte terreuse ou grisâtre.

En inoculant des spores de l'*aspergillus fumigatus* ainsi cultivé à des pigeons, on obtient expérimentalement, suivant la voie d'inoculation et suivant la dose inoculée, une évolution plus ou moins rapide des différentes lésions tuberculeuses qui se développent spontanément chez ces animaux. L'inoculation pratiquée dans la veine axillaire du pigeon amène la mort en trois ou quatre jours. Les lésions tuberculeuses portent alors principalement sur le foie qui est farci de granulations miliai-

res, moins grosses qu'une tête d'épingle; le poumon ne contient que quelques granulations très petites et discrètes.

Injectées dans la trachée les spores tuent les animaux en un temps plus long variant de 10 à 20 jours suivant la dose. Les lésions sont alors prédominantes dans le poumon où les tubercules agglomérés peuvent simuler des blocs d'infiltration pneumonique ou former des masses caséeuses. Les lésions histologiques sont de tous points comparables à celles de la tuberculose bacillaire.

L'*aspergillus fumigatus* possède des propriétés pathogènes envers un grand nombre d'espèces animales. Chez le canard, au cours d'une épizootie ayant sévi au Jardin d'Acclimation de Paris, M. Cornil a reconnu l'existence d'une tuberculose due à la végétation de ce champignon. Chez un singe auquel on injecta quelques spores dans la trachée, on retrouva dans les bronches une végétation mycélique.

L'*aspergillus fumigatus* étend jusqu'à l'espèce humaine ses propriétés pathogènes et le contact avec des animaux contaminés est susceptible de déterminer chez l'homme des pneumopathies particulières.

Chez trois gaveurs de pigeons, les auteurs ont observé une pneumopathie dont l'évolution est celle de la tuberculose pulmonaire chronique : essoufflement, toux, expectoration purulente, petites hémoptysies à répétition et parfois manifestations pleurales.

L'examen de la poitrine décèle des signes de bronchite et d'induration pulmonaire, en général localisée, se révélant par la faiblesse de la respiration et un peu de submatité. La température est relativement peu élevée et cependant les malades pâlissent, maigrissent et passent par des périodes d'aggravation et d'amélioration. Dans aucun cas on n'a constaté la présence de bacilles de Koch dans les crachats.

A plusieurs reprises, mais non régulièrement, les auteurs ont constaté dans l'expectoration sanguinolente la présence de petits filaments portant une ou deux ramifications que l'on pouvait considérer comme des fragments de *mycelium*. L'inoculation d'un crachat de malade à un pigeon a produit une fois une tu-

berculose mycosique due à l'*aspergillus fumigatus*. D'autre part, chez un homme aujourd'hui en voie de guérison et qui rendait une expectoration muco-purulente teintée de sang, l'ensemencement des crachats sur des tubes de gélose mis à l'étuve a fourni la culture d'une colonie du même *aspergillus*.

Ces faits sont à rapprocher de ceux où l'on a constaté chez l'homme la présence de l'*aspergillus fumigatus*.

Les maladies de l'oreille causées par le développement de ce champignon et signalées pour la première fois par Meyer en 1844, ont été depuis fréquemment observés comme en témoigne le mémoire récent de Siebenmann. L'*aspergillus* a été rencontré aussi dans les fosses nasales et sur la conjonctive.

Comme exemples d'*aspergillus* pulmonaire on peut citer les quatre cas observés par M. Virchow, en 1856, celui de Friedreich de Würzbourg, de Dusch et Pagenstecher, le cas de Fürbringer dont le diagnostic, en raison de l'examen des crachats fut porté pendant la vie du malade et vérifié à l'autopsie, et enfin celui plus récent de Lichteim où l'*aspergillus fumigatus* fut nettement caractérisé.

M. Weber (de Londres) s'occupe du *traitement de la phthisie pulmonaire dans les hôpitaux spéciaux* et conclut que le traitement thérapeutique ne doit être qu'à un second plan.

La partie essentielle du traitement actuel consiste dans les mesures hygiéniques et diététiques qu'on prescrit aux phthisiques, le climat de montagnes est excellent.

Le traitement et la guérison de la phthisie sont possibles partout où on peut avoir de l'air pur jour et nuit, une nourriture convenable et de l'exercice d'une manière graduée. Le point essentiel est d'améliorer la nutrition, de fortifier le corps tout entier, mais surtout le poumon, le cœur et la circulation.

Le séjour à l'air libre, le temps qu'on doit y passer, l'alimentation, le mouvement et le repos, les vêtements, la situation et la ventilation de l'appartement et de la chambre à coucher, tout cela

doit être réglementé de la façon la plus exacte et la plus précise.

Mais ce qui est encore plus nécessaire, c'est le traitement des indigents dans des établissements spéciaux, car ceux-ci ne peuvent pas se soigner eux-mêmes et ne savent pas ce qui leur est nuisible ou utile. L'installation de la plupart des hôpitaux généraux est insuffisante pour traiter les phthisiques avec succès; leur nombre est trop considérable pour l'espace dont on dispose; ils sont donc obligés de rester dans leurs demeures étroites qui sont très préjudiciables pour eux.

Pour ce qui concerne la situation de ces établissements, l'air doit être dans un grand périmètre sans poussière et sans impuretés organiques, le sol sec, les bâtiments, autant que possible, sur des pentes exposées au sud et au sud-ouest, assez élevés au-dessus du sol et dans le voisinage de forêts surtout de forêts de sapins. Les malades doivent avoir la possibilité de faire des promenades à plat et en montant, de travailler dans des halles ouvertes. Il doit y avoir des promenades et des sièges à l'abri de la pluie et du vent.

Le Dr Symon Eccles (de Londres) fait une communication sur le *traitement de la diarrhée chronique* par le repos et le massage.

Il préconise contre la diarrhée chronique le repos, une température égale, et une diète rigoureuse; il décrit la façon dont il emploie le massage abdominal en général; il donne un court aperçu des effets thérapeutiques du salol employé à haute dose; grâce à lui le nombre des selles diminue, elles reprennent de la consistance et l'état général s'améliore.

A propos de l'*incontinence nocturne d'urine chez les enfants*, M. Van Tienhoven (de La Haye) pense que :

L'incontinence nocturne chez les enfants a pour cause tout d'abord l'insuffisance du muscle sphincter de la vessie, par suite de laquelle l'urine pénètre dans la portion prostatique du

canal, en second lieu l'action réflexe du muscle expulseur de l'urine.

L'*élévation du bassin*, grâce à laquelle l'urine ne peut sortir de la vessie, et par suite donner lieu par son contact avec la portion prostatique de l'urèthre au réflexe qui la chasse, est le meilleur traitement.

Le Dr Ehrmann (de Vienne) fait une communication sur le *traitement de la syphilis par l'excision du chancre.* Nous ne pouvons pas admettre que la suppression d'une manifestation d'une maladie existant déjà en puissance dans l'économie puisse enrayer la marche de cette maladie, nous devons cependant rapporter les parties importantes de cette communication et de la discussion qui a suivi, en faisant remarquer aussi que les médecins allemands paraissent avoir une certaine timidité dans l'emploi du mercure.

L'excision du chancre ne prévient pas sûrement la syphilis; elle est cependant indiquée, car il est des cas où l'opération pratiquée de bonne heure a eu d'excellents résultats et dans lesquels le virus a été atténué; on remarque à la suite des syphilis plus bénignes. Il n'a observé de symptômes tertiaires que dans un cas. Du reste la plaie opératoire guérit par première intention, tandis que la guérison du chancre entraîne une longue suppuration; en outre l'ablation du chancre a l'avantage de détruire un foyer d'infection.

Kobner (Berlin). Dès 1854, j'ai dit que l'excision en tant que méthode abortive était inutile. Depuis lors j'ai observé des faits où ce traitement semble avoir arrêté la syphilis (depuis huit ans dans certains cas). Le traitement intensif par le mercure, trois ans d'après Fournier, ou plus, me paraît dangereux, car l'appareil digestif et le système nerveux le supportent mal.

M. Lang (Vienne). Il faut se défier du mercure chez les cachectiques dans les cas graves. L'injection de sels mercuriels insolubles est la méthode la plus rapide et la plus brutale, mais

les cures plus douces préviennent mieux les récidives. Dans les cas de gommes périostiques rebelles le traitement local est indiqué.

M. Leloir (Lille) combat vigoureusement les injections de sels insolubles auxquelles il attribue toutes sortes d'effets nuisibles dont le moindre est d'ignorer quelle quantité sera absorbée. Il rejette la mercurialisation prolongée.

Dans la section de pédiatrie nous avons à reproduire une discussion très intéressante sur le *tubage du larynx*.

M. O'Dwyer (de New-York), décrit le procédé qu'il emploie depuis longtemps déjà pour combattre le croup par l'intubation du larynx.

M. Ranke (de Munich). — L'intubation du larynx très répandue en Amérique, commence à s'acclimater également en Europe. Pendant le printemps de l'année 1889, on avait pratiqué en Amérique l'intubation du larynx 2,500 fois avec 37,5 pour 100 de guérisons. En Allemagne, en Autriche, en Suisse, on compte avec le même procédé soit 36,5, soit 34 pour 100 de guérison, suivant qu'il s'agissait du croup d'emblée ou du croup secondaire. Le scepticisme qui règne en Allemagne trouve son explication dans le petit nombre de résultats favorables obtenus par l'intubation. C'est ainsi que sur 364 cas de croup d'emblée, soignés par l'intubation dans les pays que nous venons de citer, il y eut 110 guérisons, dont 36,2 pour 100, et 9 guérisons sur 49 cas de croup secondaire, dont 18 pour 100. La somme totale de ces deux séries de croup soignées par l'intubation donne 413 cas avec 34 pour 100 de guérisons.

La trachéotomie donne sur 860 cas 38 pour 100 de guérison: ce chiffre comprend aussi bien le croup primitif que le croup secondaire. Il faut en outre songer que la trachéotomie est faite même pour des cas défavorables, ce qui assombrit encore les statistiques de cette opération, et rend la comparaison de ces deux procédés bien difficile. La statistique publiée par Wyderhofer dans le volume offert à Hénoch, ne saurait non plus être concluante. Il a en effet choisi pour l'intubation les cas de croup

peu intense. Il faudrait, pour obtenir des résultats comparables, trachéotomiser et intuber dans le même hôpital, des malades de même âge, et sous le coup d'une même épidémie. Toutefois l'emploi des deux méthodes semble améliorer les résultats curatifs du croup.

La broncho-pneumonie n'apparaît pas après l'intubation aussi fréquemment qu'on le dit. Sur 167 enfants intubés morts à ma clinique, aucun ne présentait de broncho-pneumonie. Ganghofer, Wyderhofer sont arrivés aux mêmes résultats que moi. Il n'y a guère que Thiersch qui en ait abusé. Il n'en est plus de même de la pneumonie lobaire qui complique assez souvent les croups traités par intubation. A ma clinique, sur 90 autopsies d'enfants trachéotomisés on trouve 22 fois une pneumonie comme cause de mort probable, 21 fois une pneumonie comme lésion secondaire, 26 fois une pneumonie comme lésion principale et 19 fois du croup descendant, mais sur 107 autopsies d'enfants intubés on trouva 39 fois une pneumonie comme lésion principale et 19 fois du croup descendant ; il n'y a donc pas de différence essentielle entre les chiffres que je viens de mentionner.

L'intubation présente pourtant un danger auquel les médecins américains n'accordent guère d'importance. Je veux parler de la nécrose par compression. Thiersch prétend même qu'après un séjour prolongé du tube dans le larynx les érosions nécrobiotiques de la muqueuse sont inévitables. J'ai également trouvé de ces ulcérations laryngiennes, mais aucun de ces enfants n'avaient dépassé l'âge de deux ans. C'est précisément pour obvier à ce danger qu'on a conseillé de ne laisser le tube en place que dix jours chez les enfants âgés de plus de deux ans, et que six jours chez les enfants au-dessous de cet âge, et si les accidents ne s'améliorent pas après un laps de temps, il vaut mieux trachéotomiser.

Quoi qu'il en soit, je crois que l'intubation constitue un procédé excellent, facile à exécuter, et qui épargne souvent une intervention sanglante, presque toujours dangereuse.

M. Bouchut (de Paris). — J'ai recommandé l'intubation du larynx dans le croup il y a déjà plus de vingt ans. J'emploie des tubes plus courts que ceux de O'Dwyer, ce qui permet à l'épi-

glotte de se mouvoir librement. Les tubes portent en outre deux anneaux saillants qui les fixent solidement dans le larynx, d'où ils sont retirés, à l'aide d'un fil.

M. Mount-Bleyer (de New-York), recommande l'irrigation du pharynx et du larynx après intubation ; il faut en outre retirer le tube tous les jours. Sauf 512 intubés ainsi traités, il a eu plus de 200 guérisons.

M. Schwalbe (de Berlin). — Je tiens à faire ressortir deux points principaux concernant les résultats statistiques de l'intubation, et les difficultés du traitement ultérieur. A l'hôpital Friedrichshain, de Berlin, l'intubation est loin d'avoir fourni les résultats favorables de la trachéotomie. Sur 8 cas traités par l'intubation depuis le mois d'avril, 7 ont succombé. Il s'agissait de 4 enfants au-dessous de 2 ans, de 2 enfants âgés de 2 ans, d'un enfant âgé de 3 ans et demi, et d'un enfant âgé de 8 ans : c'est le dernier seulement qui a survécu. Nous avons pour habitude de traiter les enfants atteints de croup, les uns par le tubage du larynx, les autres par la trachéotomie. Chez les enfants, au-dessus de 2 ans la trachéotomie a donné de 40 à 50 pour 100 de guérisons ; mais comme cette opération est essentiellement défavorable aux enfants âgés de moins de 2 ans, on ne pratique chez ces derniers que le tubage. En outre dans le tubage les soins consécutifs sont plus difficiles que dans la trachéotomie. Celle-ci peut être faite même sans aide exercé ; d'ailleurs le tubage est peut-être tout aussi difficile. D'autre part, lorsque les enfants coupent le fil comme cela arrive habituellement, il est extrêmement difficile de retirer le tube. L'alimentation du petit malade est rendue difficile par la présence du tube dans le larynx, et l'on est souvent forcé d'avoir recours à la sonde œsophagienne. Le tubage du larynx, détermine en outre la nécrose par compression de la muqueuse laryngienne, et ne saurait être considéré comme préférable à la trachéotomie.

M. Massei (de Naples). — Les broncho-pneumonies par aspiration de parcelles alimentaires sont rares ; elles ne peuvent d'ailleurs se produire tant que la glotte est ouverte.

M. Roux (de Paris) pense que lorsque le malade souffre du croup depuis plus de douze à quinze heures, il est trop tard pour

intervenir. Dans ces cas, l'opération n'aurait pour but que de rendre la mort moins pénible.

M. RAUCHFUSS (de Saint-Pétersbourg). — La trachéotomie est encore ce qu'il y a de mieux dans les cas graves. Toutefois il faut nous féliciter d'avoir présents parmi nous les deux hommes auxquels on est redevable du tubage, MM. Bouchut et O'Dwyer.

Nous sommes du même avis que M. Rauchfuss et croyons encore à la supériorité de la trachéotomie.

Dr Marc JOUSSET.

REVUE DES JOURNAUX

NOUVEAU MODE D'EXPLORATION INTRA-CRANIENNE.

Voici un nouveau mode d'exploration du cerveau dont nous empruntons la description au *journal de la Société de médecine et de pharmacie de la Haute-Vienne* (1).

Le professeur Souchon recommande l'exploration du cerveau par des perforations capillaires au lieu d'employer le trépan. Voici comment il procède : les cheveux sont coupés courts au point voulu ; la peau du crâne est rendue aseptique ; une incision est faite aux parties molles avec un bistouri à lame fine; par cette ouverture, un trou est percé à la calotte osseuse avec une vrille d'horloger dont la pointe est munie d'une garde qui empêche qu'elle pénètre dans le cerveau. Après que la vrille est enlevée, l'aiguille d'une seringue hypodermique (deux fois plus large qu'une aiguille ordinaire) est enfoncée dans le cerveau. S'il y a une tumeur l'aiguille donne la sensa-

(1) Juillet 1890.

tion de résistance ; s'il n'y a pas de tumeur solide, l'aiguille peut être graduellement enfoncée à une profondeur de plus en plus grande dans le cerveau ; par intervalles on relève le piston pour voir si la pointe de l'aiguille rencontre quelque liquide à retirer et à examiner. Le professeur Souchon est convaincu que ce procédé donne toute sécurité et offre l'avantage de permettre en une seule séance l'examen de plusieurs parties du cerveau ; il pense encore que le jour viendra où le crâne sera perforé dans les cas d'hémorrhagie cérébrale et le sang retiré comme dans toute autre partie du corps.

ORCHITE OURLIENNE SANS PAROTIDITE.

M. Koracs publie deux observations d'une forme fruste d'oreillons, qui ne se sont manifestés que par l'orchite.

Cette forme des oreillons n'est peut-être pas assez connue, elle a de plus un grand intérêt : celui d'affirmer, s'il était besoin, la nature de maladie générale des ourles.

Les deux faits rapportés ont trait aux deux frères absolument indemnes d'affection ourlienne quelconque, dont l'un présenta quelques jours avant le développement d'uue orchite, des signes prononcés d'infection générale, fièvre, malaise, etc., et une douleur légère au devant du conduit auditif externe. L'autre n'offrit pas trace de parotidite et l'inflammation testiculaire se montra seule et devint bilatérale. Dans les deux cas, l'épididyme resta sain et la guérison se fit sans atrophie de la glande ; mais les symptômes généraux furent très marqués. Température à 40°5, hypertrophie de la rate, peptonurie. (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 24 septembre).

TRAITEMENT DES EPANCHEMENTS PLEURAUX STATIONNAIRES PAR LE SEL MARIN.

Une solution de sel marin, à la dose de 6 grammes pour 180 grammes d'eau, fut administrée à 5 malades, par cuillerées à bouche toutes les deux heures (N. P. Ossovky). La résorption fut considérablement activée. Il importe de remarquer que la quantité de l'urine émise n'a nullement été augmentée : dans certains cas même elle diminua. Le chlorure de sodium ne jouit donc d'aucune propriété diurétique, et son action doit s'exercer aux dépens de la perspiration insensible par la peau et la muqueuse des organes respiratoires. Il est assez probable qu'elle est en partie due à l'amélioration de la constitution du sang et au relèvement de la nutrition des tissus.

La médecine moderne 28 août).

LA LANGUE NOIRE (MÉLANOTRICHIE LINGUALE).

Cette affection assez fréquente et sans aucune gravité est caractérisée par une hypertrophie du revêtement épithélial des papilles filiformes de la langue et un changement de leur coloration. Son développement est habituellement insidieux, la mélanotrichie est d'ordinaire pleinement développée lorsqu'elle attire l'attention du malade.

A ce moment, l'on constate sur le dos de la langue une plaque surélevée, de dimensions variables, située en avant du V lingual, véritable barrière que la lésion ne franchit jamais, ainsi qu'il est facile de s'en convaincre par l'examen de la langue pratiqué soit directement, soit plutôt à l'aide du miroir laryngoscopique. La plaque débute d'ordinaire sur le milieu de l'organe d'où elle va

s'étendant progressivement; plus rarement elle apparaît sous forme de petits points échelonnés sur les parties latérales se fusionnant plus tard. La région marginale elle-même n'est jamais prise, non plus que de la face inférieure. La lésion n'affecte quelquefois qu'un seul côté, ce cas est de beaucoup le plus rare. Les bords de la plaque sont d'ordinaire irréguliers, ses dimensions variables; grande quelquefois comme une pièce de cinquante centimes ou un franc, elle peut aller jusqu'à recouvrir toute la surface de l'organe située en avant du V. Dans les cas où la plaque ne recouvre pas la presque totalité du dos de l'organe, il existe souvent à sa circonférence une série de petites touffes noires de même nature.

La couleur de la langue au niveau de la lésion est toujours sombre, quelquefois d'un noir d'encre; mais bien que l'affection ait tiré son nom de ce signe, ce n'est pas là la teinte la plus habituelle; d'ordinaire on rencontre plutôt le brun foncé que le noir, mais on peut observer toutes les teintes intermédiaires entre le jaune brun plus ou moins foncé et le noir.

Il suffit d'examiner la langue d'un peu près pour voir que sa coloration est liée à l'existence d'un chevelu éminemment caractérisque de l'affection. Ce chevelu est formé de poils épais, colorés, dont la longueur assez variable, du reste. peut aller jusqu'à 1 centimètre et demi et même 2 centimètres. Ces poils sont toujours plus hauts sur la ligne médiane que vers les bords; ils ont leur taille minima dans les petites touffes isolées de la périphérie. Ce sont eux qui ont fait comparer l'aspect de l'organe malade, à un champ de blé ou d'herbes versé, ou encore à un chapeau de soie mouillé et brossé à rebrousse-poil. Chez les sujets que j'ai observés, j'ai noté, autour de la plaque et sur une étendue plus ou moins grande, l'exis-

tence d'une zone gris sale au niveau de laquelle la langue présente un aspect velouté beaucoup plus accentué que d'ordinaire. Ce fait est dû uniquement à l'hypertrophie du gazon papillaire à ce niveau : c'est en petit la lésion de la mélanotrichie elle-même.

Chez certaines personnes, l'aspect noir de la plaque est en partie masqué par un enduit saburral abondant, formé de squames épithéliales et de fins débris alimentaires, amas grisâtre du milieu duquel émergent les poils avec leur coloration foncée, absolument comme les débris d'une barbe bien noire tranchent sur la mousse savonneuse dans laquelle ils tombent lorsqu'on se rase.

En résumé, la mélanotrichie est caractérisée objectivement par l'existence, sur toute l'étendue de la langue où existent les papilles piliformes, de plaques velues de dimensions variables et de coloration spéciale. L'évolution de ces plaques peut se rapporter à deux types : tantôt, après avoir acquis leur développement complet, elles restent stationnaires pendant longtemps, un, deux et même quatre ans ; tantôt au contraire, elles affectent une marche en quelque sorte cyclique, mettant dix à quinze jours à se développer, et restant à leur summum pendant quelques semaines pour décroître progressivement. Elles reparaissent ensuite très souvent de la même façon, car les récidives sont très fréquentes et souvent notées dans les observations, quand le malade est suivi pendant assez longtemps. Ces différences dans la marche tiennent simplement, selon nous, à des modes différents de desquamation épithéliale, celle-ci se faisant par plaques dans le second cas, et n'entraînant dans le premier que des poils isolés.

L'affection, si tant est qu'on puisse donner ce nom à

des altérations déterminant si peu de troubles, l'affection est donc essentiellement chronique, mais pendant sa longue durée n'incommode guère les sujets qui en sont porteurs ; c'est pour cette raison, et à cause de son siège à la partie postérieure de la langue qu'elle passe souvent inaperçue.

Les *phénomènes subjectifs* sont des plus réduits, ils ne consistent, la plupart du temps, qu'en un peu de *sécheresse de la bouche* et *un goût terreux*. En dehors de cela, les propriétés tactiles et gustatives de la langue sont conservées.

Quelques auteurs pensent que la langue noire est une affection parasitaire ; mais comme on a rencontré dans les examens les parasites les plus divers, il est bien difficile d'accepter cette manière de voir.

Comme traitement, le Dr Surmont conseille de pratiquer sur la surface linguale, préalablement raclée avec soin, des badigeonnages quotidiens avec une solution alcoolique d'acide salicylique au vingtième, ou même au dixième. si l'hypertrophie épithéliale est très marquée ; comme adjuvant, gargarismes au borate de soude ou d'autres solutions alcalines, pour combattre l'acidité engendrée au niveau de la plaque et atténuer les sensations désagréables consécutives à l'emploi de l'acide salicylique (Dr Surmont, *Gazette des hopitaux*, 6 septembre).

ANALGÉSIE PAR LA COCAINE.

M. Kummer a fait à la Société médicale de Genève une communication sur l'analgésie par la cocaïne dans laquelle nous trouvons plusieurs parties intéressantes à rapporter.

Il signale d'abord les dangers qui résultent de l'emploi

de ce médicament et rapporte que M. Dumont, dans une conférence faite à Berne, a signalé douze cas de mort par la cocaïne, employée il est vrai à doses excessives. M. Kummer pense que 5 centigrammes sont sans danger chez l'adulte, quoique, même à cette dose. on puisse observer des symptômes désagréables.

L'auteur, s'appuyant sur ce que MM. Robson et Corning avaient démontré que l'emploi de la bande d'Esmarch prolonge l'action analgésique du médicament, a pensé que ce moyen devait aussi diminuer les dangers d'intoxication et pouvait être facilement employé dans les opérations sur les extrémités. Des expériences qu'il a faites sur des lapins lui ont démontré une grande atténuation des symptômes toxiques, qui n'apparaissent que lorsqu'on a retiré la bande d'Esmarch. De plus, l'analgésie est plus complète et s'étend même aux parties profondes, M. Kummer emploi une solution au centième, dont il injecte jusqu'à cinq centimètres cubes, ce qui représente cinq centigrammes de cocaïne ; il préfère de beaucoup ces solutions faibles aux solutions à 5 et à 10 pour cent, qui lui ont paru entraver la guérison de la plaie et même produit la mortification des tissus (Revue de la Suisse romande),

ALIÉNATION TABAGIQUE.

M. Kjellberg a observé chez des malades ayant fait de longs abus du tabac, surtout du tabac à chiquer et à priser, des symptômes d'aliénation très marqués et toujours semblables ; il décrit donc dans la *Wienner Med. Presse* (18 août 1890) le psychose nicotinique comme une maladie spéciale.

La folie nicotinique que Kjellberg appelle *nicotinosis*

mentalis est une véritable affection mentale, avec des symptômes particuliers, cliniquement observables et une marche régulière ; elle doit être rangée parmi les folies toxiques. Le caractère général et essentiel de ces intoxications consiste en un sentiment pénible de faiblesse et d'impuissance, des hallucinations précoces, du délire et des impulsions au suicide. La maladie a une période prodromique et trois stades différents les uns des autres.

Période prodromique. — Le malade se sent mal à l'aise ; depuis longtemps son caractère change, il montre une tristesse qui ne lui est pas habituelle, et qui peut même s'élever jusqu'à de l'anxiété passagère ; il n'a aucun goût pour ses occupations habituelles, se perd dans des rêveries sombres, se plaint de battements de cœur et d'angoisses. Cet état dure de un mois et demi à trois mois. Alors survient la psychose.

Première période. — Le malade commence à ressentir des hallucinations qui l'inquiètent et finissent par le dominer. Il entend des voix, il a des visions ; il lui semble que son corps renferme des éléments étrangers, des idées bizarres dont il ne peut s'affranchir envahissent son intelligence. Ces idées fausses et fixes se combinent souvent avec des impulsions au suicide ; le caractère devient triste, le malade se sent fatigué et porté à l'isolement et au repos ; à certains intervalles il a de courts accès de terreurs. A part cela, il est tranquille et obéissant, parle peu et jamais sans y être provoqué et alors sa conversation est logique et sensée ; il se plaint de sensations douloureuses au cœur, d'une insomnie pénible, des voix qui ne lui laissent aucun repos. La nutrition ne se ressent pas de cet état, car le malade mange habituellement bien quoiqu'il se plaigne quelquefois d'inappétence et de dys-

pepsie. Cela dure 6 à 7 mois, puis survient une nouvelle periode.

Deuxième période. — L'humeur change et l'on voit le malade parler avec satisfaction de ses perceptions. Il raconte qu'il a reçu la visite des anges, qu'il a vu le ciel, l'enfer et les mauvais esprits. Il chante et parle pour lui seul, doucement et sans interruption. Ses mouvements deviennent plus énergiques et il présente une certaine agitation. Les hallucinations surtout celles de la vue augmentent et le portent à des actes impulsifs. Cet état est périodique ; les accès durent de 2 à 4 semaines avec des intervalles de longueur indéterminée.

Pendant ces intervalles le malade est fatigué et indolent, son caractère est sombre, l'attention est diminuée, l'intelligence lente, la parole intelligible et logique mais hésitante. Cette période peut durer très longtemps, mais quand il n'y a pas d'amélioration il en survient une dernière.

Troisième période. — Les intervalles de calme et d'agitation se succèdent avec plus de rapidité ; la dépression prédomine, le malade est tranquille mais irritable, l'intelligence est bornée. Les hallucinations persistent et le sujet tombe peu à peu dans un état d'affaiblissement intellectuel qui cependant ne le rend pas absolument impropre à s'occuper de ses affaires ; pendant cette période l'état physique s'améliore.

Le pronostic est assez favorable dans la première et seconde période de la maladie ; dans la troisième il ne faut plus compter sur la guérison. Le traitement nécessite avant tout la suppression absolue du tabac ; mais on ne doit y arriver que progressivement, pour éviter au malade le malaise et la souffrance que lui causerait sa suppression

radicale. Il faut ajouter à cela un régime fortifiant, l'exercice en plein air, l'usage d'eau minérale telle que celle de Carlsbad par exemple (*Médecine moderne*, 25 septembre).

Dr Marc Jousset.

VARIÉTÉS

DES CONSULTATIONS ENTRE HOMOEOPATHES ET ALLOPATHES.

Le *Journal des sciences médicales de Lille* publie dans ses derniers numéros une leçon de déontologie médicale du professeur Hubert qui passe en revue les devoirs du médecin envers lui-même, envers ses clients et envers ses confrères. Nous aurions reproduit toute cette leçon si la place ne nous avait pas manqué, parce qu'elle répond bien à son titre et donne un aperçu complet de nos devoirs professionnels. Nous voulons cependant en donner le passage suivant, tiré de ce qu'il enseigne à propos des consultations médicales :

Pouvez-vous vous laisser imposer un homœopathe? — Comment pourriez-vous vous entendre avec lui? Vos principes scientifiques sont autres que les siens et vous ne connaissez rien de son armement thérapeutique! Et accepter un sous ordre serait abdiquer toute dignité. Vous ne parlez pas la même langue, vous êtes d'espèces différentes et les espèces différentes ne pouvant s'accoupler, ou ne donner que des hybrides inféconds. En bonne logique, une consultation panachée d'*allo* et d'*homéo* pathies est une monstruosité. Je dois cependant faire une exception pour les spécialistes et, personnellement je me suis déjà rencontré plusieurs fois avec de fervents disciples d'Hahnemann : je n'en suis pas mort. Vous savez que les affections

utérines se compliquent presque toujours de névropathies et de dyspepsies intercurrentes ou consécutives. Demandé auprès d'une de ces femmes à pathologie complexe en traitement chez un homœopathe, j'ai toujours commencé par tenir au confrère hétérodoxe un petit discours dont voici le sens : « Continuez la cure des accidents gastriques et nerveux commencée par vous : votre hygiène est excellente et vos globules ne me font pas peur : je n'ai pas à me mêler de vos moyens, que je ne connais pas, du moment que vous m'affirmez qu'ils ne contrarient pas ceux que je proposerai contre l'affection utérine, pour laquelle je suis spécialement appelé. » Et l'entente s'établissait sur ses bases. Je tiens à dire, entre parenthèses, que je n'ai jamais eu qu'à me louer des homœopathes avec lesquels je me suis trouvé en relations... alors même qu'avec un zèle témoignant de la ferveur de leurs convictions, ils essayaient de me convertir au *similia similibus* et aux doses infinitésimales.

Le passage est courtois et nous sommes tout prêt à en remercier notre confrère ; nous nous permettrons cependant de lui faire une remarque à propos de la première partie où il repousse la consultation entre homœopathes et allopathes pour des cas qui ne rentrent pas dans une spécialité.

Les consultations n'ont pas toujours pour but unique la question thérapeutique, question dans laquelle nous ne pouvons pas nous entendre facilement, quoique les points de contact entre les deux thérapeutiques soient plus nombreux aujourd'hui qu'autrefois ; il s'agit souvent d'élucider un cas embarrassant, de discuter un diagnostic difficile ; dans ce cas rien ne s'oppose, à mon avis, à ce qu'un allopathe ne consulte avec un confrère hétérodoxe, et il

nous arrive encore assez souvent de nous rencontrer à Paris avec quelques-uns de nos anciens maîtres.

Dr Marc JOUSSET.

BIBLIOGRAPHIE

A CYCLOPOEDIA OF DRUG PATHOGENESY (part. XIII).

Cet ouvrage de matière médicale (1) qui donne les expérimentations et les empoisonnements décrits suivant l'ordre d'apparition des symptômes, comme de véritables maladies, approche de son terme; ce fascicule est le commencement du 4e volume, il s'étend de *sabina* à *sulphur* en passant par salicylica, sambucus, sanguinaria et sanguinarine, sarracenia, sarsaparilla, scilla, scrophularia, scutellaria, secale, selenium, senecio, senega et saponine, sepia, silicea, spigelia, spiræa, spongia, stannum, staphisagria et delphininum, stica, stillingia, stramonium et daturine, strophantus. Nous n'avons plus à faire l'éloge de cet ouvrage, nous l'avons déjà chaudement recommandé à nos confrères.

Dr M. J.

LES MÉDECINS NORMANDS DU XIIe AU XIXe SIÈCLE.

Nous avons reçu ce volume intéressant qui contient la bibliographie des médecins de la Seine-Inférieure et qui présente un intérêt historique.

Dr M. J.

---

(1) Chez Gould et Son, 59, Moorgate street. City. E. C. Londres.

NÉCROLOGIE

MORT DU Dr CRAMOISY.

Comme beaucoup de médecins, le Dr Cramoisy a senti sa constitution fléchir prématurément sous le poids de la pratique médicale; usé avant le temps, il est mort à un âge où, dans d'autres professions, on commence à se reposer. Il y a deux ans, il fut atteint violemment et pendant quelques semaines il alarma sérieusement sa famille et ses amis. Remis incomplètement, il dû reprendre sa clientèle; il fallait vivre, *dura lex, sed lex*, et un retour offensif de la maladie vient de l'enlever en quelques jours.

La qualité maîtresse de Cramoisy fut le travail. Reçu d'abord pharmacien, il étudia la médecine et obtint le grade de docteur; tous nous avons pû le voir jusque dans un âge avancé suivre chaque matin un service d'hôpital. Tessier à Sainte-Marguerite et à Beaujon, Bazin à Saint-Louis, Bernutz à la Charité étaient ses maîtres de prédilection, aussi avait-il acquis l'habitude du traitement des maladies utérines et une véritable supériorité dans la spécialité des affections de la peau. Sa thèse inaugurale sur le *trycophyton* et les teignes, soutenue en 1856, est un ouvrage considérable et qui fait autorité.

Cramoisy fut bon confrère et il emporte les regrets et les sympathies de tous ceux qui l'ont connu.

Dr P. JOUSSET.

RÉPERTOIRE

DE MATIÈRE MÉDICALE ET DE THÉRAPEUTIQUE

La résorcine comme antiémétique. — La résorcine impure provoque le vomissement. La résorcine, cliniquement pure, jouit au contraire de propriétés antiémétiques extrêmement marquées. C'est le meilleur remède contre les vomissements de quelque cause que ce soit. (*Centralbl. f. med.*, 1889.)

Ignatia dans les convulsions de la coqueluche. — Le Dr Robertson Day rapporte une observation de coqueluche grave, compliquée de bronchite et de convulsions violentes et répétées, amenées par chaque quinte et guérie par ignatia 12, après que ipéc., bell., dros., acon. et cupr. acét. avaient échoué. L'enfant était moribond, épuisé, incapable de prendre de la nourriture et les mâchoires convulsivement serrées. (*Monthly Hom. Rew.*, juillet.)

Plantago major dans la toux. — Le Dr Frédéric Preston rapporte l'observation suivante : toux revenant régulièrement pendant l'hiver depuis douze ans, constante pendant la nuit et le matin. Le malade était obligé de passer toutes ses nuits d'hiver sur un siège, sans pouvoir s'étendre. Beaucoup de remèdes et quelques médicaments homœopathiques, entre autres hyosc., avaient été essayés. La toux était sans expectoration, excepté lorsqu'il sortait. Il avait pris l'habitude de sortir à l'air froid plusieurs fois par nuit pour expectorer de petites portions de mucus glaireux, blanc, ce qui lui donnait de un à trois heures de repos. Trois doses de plantago major 200 guérirent cette toux en 24 heures ; elle n'a pas reparu depuis le 12 janvier 1887. (*Homœop. Physician*, juin.)

Sepia dans la bronchite chronique. — Mme P. . a eu pendant un an une toux rebelle, et après avoir consulté plusieurs médecins sans résultats elle se croyait poitrinaire. Je lui donnais d'abord hep. sulf. avec quelque avantage, puis une étude plus approfondie de son état me fit penser à sepia. Les symptômes suivants me paraissaient l'indiquer : une toux grasse, plus forte le matin et le soir, causée par un chatouillement, quelquefois dans la fossette du larynx, quelquefois à l'épigastre ; des râles humides et une

expectoration épaisse, grise et quelques symptômes utérins. Sepia 30 amena la guérison en moins de deux semaines (Dr Linnell. *North Amer. Journ. of Homœop.*, juillet).

CAUSTICUM DANS LA CATARACTE. — Le Dr Norton rapporte l'arrêt de développement de la cataracte par caust., à diverses puissances, de la 1re à la 30e. (*North. Am. Journ. of Homœop.*, juin.)

NUPHAR LUTEUM DANS LA DIARRHÉE CHRONIQUE. — Le Dr Linnell a guérie une diarrhée aqueuse, de couleur foncée, précédée de besoins impérieux, accompagnée de légères coliques, et plus forte le matin avec ce médicament (*North Am. Journ. of Homœop.*, juin).

XANTHOXYLUM DANS LA DYSMÉNORRHÉE. — Le Dr Gosh conseille ce médicament dans la dysménorrhée, avec ménorrhagie. Douleur continue ou surtout douleurs rénittentes. (*North. Am. Journ. of Homœop* , juin)

ANTIMONIUM CRUDUM DANS L'ECZÉMA. — Miss I..., 30 ans, eczéma des deux conduits auditifs : la peau était épaissie et tellement infiltrée que l'orifice était presque bouché. La surface était écailleuse, avec de nombreuses fissures laissant écouler un peu de liquide épais. Elle avait aussi une blépharite ciliaire et la conjonctive de l'œil gauche était légèrement enflée. Les coins de la bouche étaient écorchés et enflammés, ainsi que les ailes du nez. Elle avait un aspect cachectique, anémié ; elle vomissait fréquemment sa nourriture aussitôt après le repas, mais elle n'avait aucune défaillance d'estomac ni dyspepsie. Le docteur lui donna antim. crud. 6 déc.; elle revint au bout de dix jours dans le même état; elle prit alors le même remède à la 2e cent., et, un an après, la maladie revint, la 6e déc. échoua encore et la 2e la guérit. (Dr Linell. *North Am. Journ. of Homœop.*, juillet.)

EPILEPSIE COCAINIQUE. — Un rhumatisant devient morphinomane en 1885 ; en 1886, il ajoute la cocaïne à la morphine, de telle sorte qu'il s'injecte journellement 2 gr. de morphine et 8 gr. de cocaïne. Il a éprouvé au début du vertige cocaïnique, puis s'est habitué au poison. A la fin de 1886, grand affaiblissement de l'intelligence et de la mémoire,

Au mois de mars 1887, premier accès épileptiforme. Ces accès se sont répétés tous les jours et même deux fois dans la journée, puis il y a eu des intervalles de plusieurs jours. Durée variant de 10 minutes à 1 heure, et après l'accès sommeil profond pendant plusieurs heures.

Il entre à l'asile d'aliénés de Charlottenburh le 14 juillet 1887 : amaigrissement, anémie, tremblement des mains. Paroles incohérentes ; il affirme et nie tour à tour les mêmes faits. Pendant la visite du médecin, il chancelle et tombe lourdement. Secousses convulsives des extrémités; grands mouvements de tout le corps ; regard fixe ; sueurs profuses ; après l'attaque, qui a duré quelques instants, le malade est dans la prostration ; il n'a conservé aucun souvenir de son accès.

Il quitte l'asile en octobre 1887, n'ayant plus ni hallucinations, ni délire, ni épilepsie.

Il revient le 17 décembre 1887 avec les mêmes symptômes (hallucinations, démence). Le lendemain, deux accès épileptiformes durant l'un 10, l'autre 5 minutes et séparés par un intervalle de 15 minutes. En ouvrant les yeux, il prononce le nom de sa femme, puis dit « infection » et se rendort.

Il quitte l'asile guéri le 17 mai 1888, mais il retombe dans sa cocainomanie et meurt dans un accès au commencement de 1889. (Heimann. (*Deutsc. med. Woch.*, n° 12, 1889.)

Deux cas d'empoisonnement par l'atropine. — M. Owens rapporte les deux suivants : une jeune fille de douze ans atteinte d'hypermétropie et d'astigmatisme. Pour l'examen ophtalmologique, on instille entre les paupières deux à trois gouttes d'une solution d'atropine à dix centigrammes pour trente grammes. Ces instillations furent répétées durant deux jours quand elle accusa des symptômes d'intoxication : sécheresse du pharynx, hallucinations sensorielles, délire, congestion faciale, rapidité du pouls, dilatation pupillaire, convulsions tétaniformes.

Un autre malade, un homme de soixante trois ans, atteint de cataracte, reçoit comme traitement préparatoire deux à trois gouttes d'une solution d'atropine. Phénomène de dilatation pupillaire, perte de connaissance, paralysie ; congestion faciale, éruption érythémateuse, rapidité des battements du pouls.

Comme traitement : diète lactée ; poudre de Dower. Guérison dans les deux cas. (*The Lancet*, 30 avril.)

Le Directeur-Gérant. P. Jousset.

Paris. — Imp. A. DAVY, 52, rue Madame.

L'ART MÉDICAL

NOVEMBRE 1890

LA BACTERIOLOGIE
AU CONGRÈS INTERNATIONAL DE BERLIN.

Pour la généralité des médecins, la bactériologie est toute la médecine. Les maladies ne sont plus des espèces par *analogie* ; ce sont des êtres réels, dont nous connaissons la graine et que nous pouvons ensemencer comme il nous plaît. La question du *terrain*, réservée jusqu'ici par quelques esprits prudents, tend elle-même à disparaître, puisque, d'après le professeur Bouchard, on peut détruire l'immunité naturelle par l'inoculation d'une dose suffisante de ce produit de sécrétion microbienne qui paralyse les vaso-dilatateurs. Ainsi, toutes les maladies sont de causes externes ; les mystères de l'étiologie n'existent plus et une thérapeutique aussi simple que logique a succédé à la thérapeutique compliquée et contradictoire de la tradition ; comme la question de séméiotique se résume dans le diagnostic du microbe pathogène, la thérapeutique se résume en sa destruction : simplicité de la doctrine, indications positives, médicaments absolument infaillibles... Seulement, la même mortalité qu'autrefois.

Le Congrès de Berlin semble indiquer un temps d'arrêt à cette course sans trève vers le pays des chimères et des hypothèses microbiennes ; c'est le Dr Kock, le découvreur des bacilles les plus importants de la pathologie, qui a prononcé ce *Caveant Consules* : « Pour qu'on puisse dire qu'un

microbe provoque une maladie, il faut : 1° le reconnaître constamment dans tous les cas de maladie et en quantité proportionnelle aux lésions mêmes de l'affection ; 2° ne pas le rencontrer dans une autre maladie ; 3° pouvoir le cultiver sur un autre terrain et avec lui reproduire cette même maladie. Il s'en faut de beaucoup que ces conditions aient été remplies pour certains organismes prétendus agents de maladies. »

Avec les conditions posées par Kock, le nombre des maladies microbiennes est considérablement restreint. Il faut d'abord en retrancher les fièvres éruptives et la grippe, maladies dans lesquelles on n'a pas trouvé de microbes pathogènes ; toutes les maladies, et elles sont nombreuses, qui n'ont point de microbes propres, la pneumonie entre autres dont le microbe produit suivant le point où il est inséré la septicémie, la méningite, la pleurésie, l'otite ou la pneumonie (1) ; le choléra, puisque le

(1) Même inséré dans des poumons, le pneumocoque ne produit pas toujours la pneumonie. MM. Duflocq et Ménétrier ont constaté que « l'infection pneumococcique du poumon peut affecter la forme de bronchite capillaire ». Cette bronchite capillaire se rencontre chez les tuberculeux et à l'autopsie : « On trouve à la fois des lésions de tuberculose chronique à la troisième période et une bronchite capillaire purulente, plus ou moins généralisée, occupant les parties des poumons infectées par la tuberculose, et ne s'accompagnant ni d'hépatisation, ni de splénisation.

« L'examen des crachats pendant la vie, de l'exsudat bronchique après la mort, y montre les pneumocoques en grand nombre.

« Les cultures et l'inoculation aux animaux ont permis d'identifier sûrement ces parasites. » (*Archives générales de médecine*, juillet 1890.)

microbe en virgule manque précisément dans les cas les plus graves, dans le choléra foudroyant.

Le Dr Kock, dans cette même communication, parle de l'extrême difficulté de reconnaître le bacille de la fièvre typhoïde dans l'intestin et dans les eaux qui servent à l'alimentation. Il faut donc être très réservé pour admettre cette dernière cause de contagion.

La parole autorisée du professeur Bouchard devait, nécessairement, se faire entendre sur la question de bactériologie.

Le savant professeur a principalement étudié la résistance de l'organisme vivant à l'action du bacille et le mécanisme de la destruction de ce dernier. A ces problèmes se rattachent l'immunité naturelle, l'immunité acquise ou vaccination et le mécanisme de la cessation du mouvement morbide dans les maladies qui ne se terminent pas par la mort.

On le sait, les microbes agissent par leur produit de sécrétion ; or, parmi ces matières, il en existe une qui paralyse les centres vaso-dilatateurs. C'est ce poison morbide qui explique toute la pathogénie.

Ce produit est-il abondant, les vaso-dilatateurs sont paralysés, les phénomènes d'exsudation et de diapédèse sont abolis, le phagocytisme suspendu, les poisons microbiens exercent leur action sans entraves et la maladie commence, s'aggrave, et la mort serait sa terminaison constante, si les matières vaccinantes inhérentes aux poisons microbiens ne venaient modifier heureusement l'organisme, rendre l'activité aux vaso-dilatateurs, permettre la diapédèse et faire pleuvoir les globules blancs qui dévorent les microbes pathogènes.

Dans cette théorie, l'immunité naturelle dépend de la

résistance des centres vaso-dilatateurs aux matières paralysantes; tant que cette résistance se maintient, l'immunité naturelle persiste, parce que le phagocytisme détruit les microbes pathogènes. D'après le professeur Bouchard, on pourrait toujours triompher de la résistance des vaso-dilatateurs par l'introduction d'une dose plus forte du poison paralysant.

Ce fait peut être vrai dans le laboratoire; il est faux en clinique, puisque, un grand nombre d'organismes résistent à la contagion.

La vaccination ou immunité acquise est due à la persistance de l'état bactéricide qui empêche la bactérie pathogène de paralyser le centre vaso-dilatateur; d'où la persistance du phagocytisme et par conséquent la destruction de la bactérie virulente.

Les travaux du professeur Bouchard sont arrivés à constituer et à systématiser la doctrine microbienne. Comme les doctrines complètes, celle-ci a la prétention d'expliquer la pathologie tout entière; j'avoue que l'étude des doctrines qui se sont succédé avec les mêmes prétentions dans la tradition médicale et dont les débris encombrent, aujourd'hui, les catacombes du passé, me font mal augurer de l'avenir de la bactériologie; je crois que ce système ira rejoindre les autres dans la poussière de l'oubli; mais, si tant de travaux pouvaient aboutir à la vaccination efficace d'une seule maladie, le système aurait encore bien mérité de l'humanité et ce résultat suffirait à la gloire du professeur Bouchard.

Dr P. Jousset.

MICROBES ET MALADIES.

NOUVELLES RECHERCHES SUR LE MICROBE DE LA DIPHTÉRIE.

Il y a longtemps que nous n'avons repris ce titre d'articles, sous lequel nous avions l'habitude de passer en revue les travaux de l'école microbienne, dont nous ne voulons pas être les derniers à reconnaître la fécondité très grande, quoique nous soyons, à tort ou à raison, fort éloignés d'adopter la théorie parasitaire appliquée aux bacilles. Cette théorie est une hypothèse : on ne nous refusera pas le droit d'avoir la nôtre, que nous n'avons plus à exposer, n'ayant d'ailleurs aucune velléité de chercher à endoctriner qui que ce soit. Nous extrairons d'un mémoire de *Roux et Yersin*, publié dans les *Annales de Pasteur*, des faits et des constatations d'une grande importance pour le clinicien.

Il n'est pas aussi facile qu'on le pense, de tirer parti, pour le *diagnostic de la diphtérie*, de la connaissance du *bacille de Klebs et Loeffler*, dont la *toxine*, bien étudiée, est, comme chacun sait, l'agent de diffusion des symptômes généraux des formes graves et des accidents tardifs, tels que les paralysies. Il y a à cela plusieurs raisons. La première est qu'on se tromperait en comptant sur le résultat de *l'inoculation des produits pseudo-membraneux bruts*, la réussite en étant très capricieuse et incertaine, sur les cobayes d'expériences : il faut donc, si l'on veut pratiquer la méthode des inoculations d'épreuve, recourir aux *cultures pures* ; mais on conviendra que la méthode des inoculations demande trop de temps et qu'elle ne peut

entrer en ligne de compte, lorsqu'un diagnostic a besoin d'être fait presque extemporanément.

Si, au contraire, il suffit d'un *examen microscopique* convenable des fausses membranes pour se prononcer sur un cas douteux, la question serait bien simplifiée. Mais nous verrons bientôt que l'on ne peut se flatter d'arriver ainsi qu'à une certaine somme de probabilités, de sorte que l'on pourrait toujours prétendre qu'il n'y a pas grand désavantage à se contenter des signes cliniques, dès lors que les caractéristiques histologiques sont exposés à faire défaut. Voyons cependant comment il convient de procéder à l'examen microscopique.

On enlève un fragment des fausses membranes suspectes avec un tampon de coton hydrophile fixé au bout d'une pince : on essuie avec du papier buvard et on frotte sur des lamelles. Celles-ci, séchées et passées à la flamme, sont colorées au bleu de Loeffler ou au violet de gentiane, et la préparation est examinée à l'état humide. Au milieu des autres microbes, les bacilles diphtéritiques, souvent groupés en amas, apparaissent sous forme de bâtonnets à bouts un peu amincis et arrondis, légèrement recourbés, renflés en poire ou en massue, granuleux et inégalement teintés. Ils ne font jamais défaut dans la diphtérie et, avec un peu d'habitude, on les distingue facilement de tous les autres bacilles ; leur nombre est souvent proportionnel à la gravité de la maladie, mais les fausses membranes trachéales en contiennent beaucoup moins que celles de la bouche et du pharynx. Cet examen est très rapide, et en quelques minutes, dans la majorité des cas, il donne des renseignements précis : il peut aussi bien être pratiqué sur des fausses membranes sèches. La répétition quotidienne de ces épreuves est utile, parce qu'à mesure

que la maladie marche vers la guérison, les bacilles spécifiques deviennent moins nombreux, tandis que les autres microbes augmentent de nombre. Chez certains malades du service de M. Jules Simon, l'issue favorable a pu ainsi être prédite quelques jours à l'avance.

Toutefois, les erreurs sont encore assez fréquentes, les bacilles pouvant échapper, et *l'ensemencement sur sérum* est supérieur à l'examen microscopique ; car, dans plusieurs cas où l'on ne trouvait que difficilement les bacilles au microscope, l'ensemencement a donné, en vingt-quatre heures, un grand nombre de colonies. Vous avez bien lu : ensemencement sur *sérum*, parce que c'est le seul rapide, et il est susceptible d'être réalisé dans des conditions que la clinique peut, à la rigueur, accepter : des essais ont été faits, à l'hôpital des Enfants, qui ont permis de donner une conclusion en vingt-quatre heures, et il est assurément impossible d'exiger davantage.

Du 11 avril au 26 mai dernier, MM. Roux et Yersin ont ainsi examiné 80 enfants envoyés au *pavillon de la diphtérie* : le bacille diphtéritique a été trouvé 61 fois, dont 30 morts, tandis que les 19 enfants sur lesquels il a fait défaut ont tous guéri. Parmi eux, il y avait des diphtéritiques douteux ; mais quelques-uns étaient porteurs de fausses membranes adhérentes, qui se reformaient très rapidement après badigeonnages, de sorte que personne ne doutait, dans le service, du diagnostic diphtérie. S'agissait-il, en réalité, d'une maladie différente de la diphtérie? Avait-on affaire, au contraire, à une forme de diphtérie fatalement bénigne, malgré les apparences? On le saura plus tard. Quoi qu'il en soit, l'intérêt n'en reste pas moins le même, au point de vue du *pronostic*, le seul point de vue dont la solution soit urgente, à telles ensei-

gnes que la science du pronostic a toujours devancé, à travers les siècles, celle de nos connaissances nosologiques positives. C'est pourquoi la relation des dix-neuf petits malades dont il vient d'être question offre un immense intérêt : ce sont dix-neuf arrêts de laboratoire, que la clinique a, sans aucun doute, accueillis avec une certaine défiance, et que cependant elle a dû confirmer. Dix-neuf cas, ce n'est guère ; mais, quelque restreint que soit ce nombre, pas une seule erreur, et il est permis de réfléchir.

Un point très saisissant aussi des études que nous analysons est le suivant : au nombre des malades qui ont montré le bacille spécifique, plusieurs se sont rencontrés qui n'avaient pas de fausses membranes à la gorge, ayant été considérés comme des croups laryngés d'emblée, probables du moins ; et chacun de nous sait à merveille combien, avant que des fausses membranes n'aient été expulsées, les faits de cette catégorie sont embarrassants et difficiles à distinguer des laryngites simples et graves. Dans ces circonstances, les auteurs se sont bornés, pour faire l'ensemencement, à gratter légèrement, avec la spatule, la muqueuse des amygdales et du pharynx ; et malgré l'absence de fausses membranes dans la gorge, les tubes de sérum montraient des colonies spécifiques, et le diagnostic de group diphtéritique était prouvé.

Mais admettons qu'un enfant admis dans un hôpital et présentant des fausses membranes pharyngées, ne donne pas, à la culture sur le sérum, de colonies spécifiques : que fera-t-on de lui? Le placera-t-on dans les salles de diphtéritiques? Evidemment non, parce que, jusqu'à nouvelle étude, il y a doute sur la véritable nature de la maladie.

Sommes-nous donc au bout des difficultés? Non. Et voici une nouvelle difficulté que, pour procéder avec ordre, j'ai dû laisser jusqu'ici dans l'ombre. Comme la vieille clinique distingue un vrai et un faux croup, il existe de même un *bacille pseudo-diphtéritique*.

Par conséquent, aux yeux de nombreux microbiologistes, pour conclure à la vraie diphtérie, il ne suffit pas de trouver de plus ou moins nombreux bacilles à l'examen microscopique, d'en développer, sur le sérum, des colonies prospères, et il serait encore possible d'errer sur l'autonomie du bacille, d'en rencontrer un *sosie* trompeur.

Le premier coup d'œil jeté sur la question est bien fait pour dérouter : les colonies du bacille pseudo-diphéritique cultivé sur du sérum, sont identiques à celles du vrai bacille, et les deux formes paraissent semblables ; ils se colorent de la même manière ; même sensibilité aux températures.

Comme différences cependant, on peut noter que le pseudo-diphtéritique est souvent plus court dans les colonies sur sérum ; que ses cultures dans le bouillon sont plus abondantes ; qu'il continue de croître rapidement à une température de 22°, et, inversement, pousse beaucoup moins dans le vide que le vrai. Les deux bacilles diffèrent essentiellement par le résultat des inoculations, le faux demeurant absolument stérile. On le rencontre, mêlé au vrai, dans les angines diphtéritiques, en proportion d'autant moins forte que le cas revêt une plus haute gravité. Mais on le trouve partout : sur 45 enfants pris au hasard à l'hôpital, 15 avaient dans la bouche le bacille pseudo-diphtéritique. On accuserait vraisemblablement le milieu parisien et hospitalier, si l'étude n'avait pas été poursuivie sur 59 enfants de l'école d'un village maritime

du Calvados, village où, depuis longtemps, aucun cas de diphtérie n'avait été relevé : 26 fois, le bacille pseudo-diphtéritique était présent dans la bouche de ces petits écoliers, proportion plus forte qu'à Paris. Il ne faudra donc pas s'étonner si on le rencontre sur des malades atteints d'angine.

Malgré tout, MM. Roux et Yersin nous rassurent, en affirmant que « *la présence du bacille pseudo-diphtéritique dans la bouche ne crée pas une difficulté* ». Il n'y a, en effet, disent-ils, aucune comparaison à établir entre les tubes ensemencés avec les deux bacilles : dans les tubes du vrai, il y a un grand nombre de colonies spécifiques, tandis que, dans les tubes du faux, il n'y en a que quelques-unes. « Dans tous les cas où il y a un nombre notable de colonies, on pourra conclure à la diphtérie, avant même de connaître le résultat de l'inoculation aux animaux et les erreurs seront bien rares. »

Il serait du plus grand intérêt pour la pratique de connaître les relations du vrai bacille avec le faux bacille, l'un sécrétant une toxine, l'autre n'en sécrétant pas ou très peu. Sont-ce deux espèces voisines, n'ayant que des ressemblances morphologiques, ou proviennent-ils, tous les deux, de la même source, le faux n'étant autre chose que l'atténuation maximum du vrai? Les auteurs inclinent vers la seconde hypothèse, parce qu'ils sont parvenus à atténuer le vrai bacille, en en faisant des cultures aérées dans du bouillon à 39°5, conditions analogues d'ailleurs à celles que présente la gorge des malades : or, les caractères du bacille atténué sont fort analogues à ceux du bacille pseudo-diphtéritique ; aussi bien produisent-ils, tous les deux, une quantité inappréciable de toxine. Pour démontrer l'identité, il faudrait pouvoir rendre virulent

le bacille pseudo-diphtéritique, et c'est ce qui n'a pu encore être fait, au lieu que le retour est posible pour le bacille vrai atténué, si on l'inocule à des cobayes, en même temps que des cultures de coccus de l'érysipèle. Il se peut, du reste, que d'autres coccus que celui de l'érysipèle exaltent les propriétés du bacille de Loeffler et les microbiologistes se demandent, à ce sujet, si ce n'est pas pour une raison analogue que la diphtérie se développe facilement comme complication de la rougeole et surtout de la scarlatine.

Quoi qu'il en soit. le fait que l'on n'est pas encore parvenu à renforcer la virulence du bacille pseudo-diphtéritique ne saurait être considéré comme une preuve qu'il ne provient pas de l'atténuation maximum du vrai bacille. Toujours est-il qu'entre le vrai et le faux, il semble que l'on rencontre une foule de degrés intermédiaires, et ce serait là un argument de fort grande valeur. Ces degrés divers se voient dans les fausses membranes diphtéritiques, suivant des proportions diverses. En général, la proportion de bacilles très virulents est beaucoup plus forte dans les cas les plus graves ; elle est inverse dans les plus légers, Mais il importe d'ajouter que les inoculations à l'animal ne donnent pas constamment des résultats parallèles et qu'ici, aussi bien que quand il s'agit de contagion humaine, un virus que l'on a toutes les raisons du monde de croire faible, occasionne parfois le développement du processus le plus grave. C'est que, sur le terrain de la transmission des maladies, l'intensité de la maladie transmise au nouveau sujet dépend de deux facteurs : l'intensité du contage et le degré, inconnu d'avance, de la *prédisposition définie*, que, sous des noms divers, tout le monde reconnaît aujourd'hui, avec son importance. Il est pénible

de voir que l'on n'ait pas l'équité d'en rendre hommage à l'illustre maître de la nosologie moderne, qui fut *Jean Paul Tessier*. Pour la science, il suffit que l'ont ait été forcé de se rendre à la grande loi qu'il a posée le premier. Pour la conscience humaine, il faudrait davantage.

On ne peut nier que nous n'assistions au prélude d'une grande évolution de la science médicale : croire, dans l'état actuel des choses, que c'est œuvre de science pure, et que le praticien a le droit de s'en désintéresser, serait la plus dangereuse, sinon la plus coupable des erreurs. Pour en être persuadé, il n'y a qu'à jeter un regard sur les rares chirurgiens qui n'ont pas suivi, je ne veux pas dire la théorie, mais la pratique antiseptique. Le praticien doit donc tenir compte de tout fait nouveau, à charge par lui, s'il le peut, de la vérifier et de le contrôler, sous la condition de ne jamais oublier que la science est une évolution constamment en travail, une chaîne à laquelle s'ajoutent sans cesse de nouveaux anneaux ; et c'est surtout en clinique qu'il importe de ne pas faire table rase du passé. Nous savons, pour ne parler que de l'angine couenneuse et afin de simplifier la question, qu'il y a, sous ce titre, de *fausses* et de *vraies* angines *diphtéritiques*, qu'ainsi l'angine appelée par *Bretonneau* angine *couenneuse commune* n'est généralement pas diphtéritique ; mais qu'entre les vraies et les fausses, il existe nombre de cas douteux : que parmi les vraies, on distingue la forme bénigne et la forme maligne avec des variétés infinies et des degrés intermédiaires. Un diagnostic est ici un vrai pronostic, et il s'agit de la vie d'un être humain. Assurément, nous avons des signes parfois excellents, tels que ceux que nous fournissent les détails de ce qu'on appelle l'état général, l'exploration des ganglions, etc. Voici qu'on

nous propose d'ajouter à notre vieille séméiotique, hélas si souvent en défaut en l'espèce, un examen microbiologique que l'on arrivera, dans peu de temps, à faire couramment dans les hôpitaux ; et la valeur de cet examen est étayée d'un commencement d'expériences tout à fait encourageantes. Nous ne pouvons hésiter à nous en servir, mais ajoutons-le aussitôt, sans en faire notre règle exclusive de conduite; en clinique, tout se tient, et tous les éléments, d'où qu'ils viennent, concourent au résultat.

Le mémoire de MM. Roux et Yersin nous fournira encore d'autres glanes, et en particulier celle-ci : *la persistance du bacille diphtéritique après la disparition des fausses membranes.*

Il est très remarquable de voir persister les bacilles virulents, dans la bouche, longtemps après la disparition des fausses membranes, constatation faite par l'ensemencement sur sérum : trois jours, onze jours, quatorze jours, plus de temps encore. La diphtérie se distingue donc par la possibilité de la contagion après la guérison apparente, sans qu'il soit permis de fixer une limite extrême, et en observant que le fait n'a rien de constant, la virulence disparaissant parfois en même temps que les fausses membranes. N'est-ce pas aussi la cause des récidives encore assez fréquentes? Dans tous les cas, si la chose est possible, il est prescrit de pratiquer l'examen et la culture des bacilles buccaux avant de rendre le malade à la libre pratique ; autrement, il conviendra d'attendre le plus possible après la guérison apparente de la diphtérie.

Enfin, et c'est par là que nous terminerons cette revue déjà longue, il n'est pas moins utile, afin d'être édifié sur ce qui concerne la contagion de la diphtérie, d'être ren-

seigné sur les *conditions de la persistance du virus diphtéritique en dehors de l'organisme.*

Il n'est pas rare de trouver des colonies actives du bacille diphtéritique, sur des tubes de sérum restés *plus de six mois* à la température de la chambre ; mais si on enferme les cultures en tubes clos et à l'abri de la lumière, sans air non plus, on peut encore les trouver actives au bout de *treize mois* ; les bacilles provenant de cultures et desséchés se conservent moins longtemps.

La conservation de la virulence des fausses membranes est plus intéressante. Voici le récit d'une des expériences :

« Une fausse membrane extraite de la trachée d'un enfant, au moment de la trachéotomie, est ensemencée sur sérum, puis enveloppée dans un linge. Quand elle est sèche, on plie le linge dans du papier, et on place le tout dans une armoire fermée, à la température de la chambre. Sur le sérum il s'est développé, dès le lendemain, de nombreuses colonies spécifiques. Trois mois après, on fait un nouvel ensemencement avec un fragment de la membrane sèche : après 24 heures de séjour à l'étuve, la surface du sérum porte beaucoup de colonies de bacilles diphtéritiques. Après cinq mois de dessiccation, la fausse membrane donne encore des colonies sur le sérum, elles croissent un peu plus lentement et sont moins nombreuses, mais elles sont formées par de beaux bacilles. »

Voici donc que la longue conservation de la virulence des fausses membranes crachées ou tombées sur des objets de literie, sur des linges, est démontrée de la manière la plus irréfutable. Aussi, devons-nous tous en faire notre profit, en insistant sur la désinfection rigoureuse des locaux, de la literie, des vêtements, et il est incontestable que l'étuve est le plus sûr des moyens à mettre en usage.

Aujourd'hui, en effet, il est permis de croire ce qui, hier encore, nous semblait fort problématique : les cas, par exemple, où la maladie paraît avoir été communiquée par des linges qui avaient servi à des diphtéritiques, et on a cité des cas dans lesquels la source du contage, venant de la literie, remontait à plus de deux ans.

Mais nous n'avons parlé que du virus sec. Si on expose les fausses membranes à l'air humide, il en va tout autrement. Des expériences faites dans ces conditions ont montré que la virulence était éteinte avant un mois et demi, et nous parlons de la température ordinaire; car le virus ne résiste pas à une température de 58 degrés à l'état humide : donc, l'eau bouillante offre toute garantie.

J'espère que le lecteur nous rendra cette justice que nous n'avons recueilli du remarquable mémoire de MM. Roux et Yersin que les points intéressants pour la *pratique de la médecine*. Pour peu qu'on y réfléchisse, on verra facilement que les cas de *diphtérie atténuée*, qui manquaient souvent de critérium certain pour être classés, bénéficieront, plus que tous les autres, des clartés nouvelles qu'y projettera le laboratoire. C'est le *clinicien* qui a le droit de dire et de prouver *qu'il prend son bien partout où il le trouve*.

D^{r} PIEDVACHE.

HISTOIRE DE L'HOMŒOPATHIE.

LE Dr PIERRE DUFRESNE.

XXII

La carrière du Dr Pierre Dufresne était terminée en 1836, il y a plus de cinquante ans. Les dernières années de sa vie furent en entier consacrées à l'étude et à la diffusion de la thérapeutique d'Hahnemann. Pour les pays de langue française, il fut véritablement un initiateur, il communiqua une impulsion décisive à un mouvement scientifique qui dure encore. Eu égard à l'homœopathie, cette biographie est un chapitre d'histoire. Ainsi l'ont considéré plusieurs de mes confrères.

Si bien qu'arrivé à ce que je croyais être le terme de mon travail, quelques-uns estiment le moment propice pour se demander ce qu'après un temps écoulé qui a bien son importance, il est advenu de cette réforme thérapeutique introduite par mon père vers 1830 avec un si vigoureux effort dans le courant des questions médicales.

Aussi bien pour Hahnemann, cette date de 1890 est-elle à peu près celle d'un centenaire : car si à vrai dire le fondateur de l'homœopathie est né en 1755, c'est en 1796, à l'âge de 41 ans, par la publication de l'*Essai sur un nouveau principe* qu'il est entré dans la voie thérapeutique, dont jusqu'à la fin de sa vie il ne déviera plus. Un vrai chef-d'œuvre que ce discours : il contient en germe tout ce qu'Hahnemann a donné depuis. Avec une sobriété d'expression, marque de dignité dans le langage scientifique, l'auteur déclare que pour connaître la portée d'un

médicament il faut l'avoir expérimenté sur l'organisme humain, et il donne les règles de cette expérimentation.

Pour être moins bruyant que bien d'autres célébrés avec tant d'éclat, ce centenaire n'apparaît pas moins comme une date à inscrire dans les annales de la médecine. Après cent ans, le moment n'est-il pas propice pour s'interroger touchant la vitalité et les destinées de l'œuvre d'Hahnemann. Que reste-t-il de son enseignement, de la somme d'expérience accumulée par ses disciples ; quelle place ces travaux occupent-ils dans le domaine général de la médecine ?

Pour nous, la réponse est facile. L'homœopathie n'est pas morte. Le mouvement qu'elle a inauguré persiste et se prolonge : elle n'est pas demeurée immobile et les vicissitudes qu'elle a dû subir nous sont un gage de sa persistance. Pratiquée et propagée dans les deux mondes par des milliers d'hommes de l'art, elle est entrée dans les habitudes de nombreux clients. Médecins et malades reconnaissants lui constituent un courant d'activité fort distinct : c'est dire qu'il n'apparaît pas que la fusion avec le milieu général de la médecine soit proche de s'opérer.

Une dissidence d'aussi longue durée a lieu de surprendre; dans nos annales, ce n'est pas un événement ordinaire : il est évident qu'il ne s'agit pas ici du règne d'une doctrine prenant des conclusions dogmatiques sur les sommités de la science. Hahnemann ne visait pas si haut. Son but était immédiatement pratique. Son ambition considérable cependant se limitait à une formule nouvelle pour poser les indications et à des changements touchant le mode d'administration des remèdes. Mais si cette intervention de la réforme sur le traitement immédiatement pratique lui valut tout d'abord la popularité, d'autre part, elle devait

soulever dans le corps médical des répulsions d'autant plus accentuées. Dans le public, même dans le milieu médical, c'est le petit nombre qui se préoccupe des doctrines qui gouvernent la science : pour la forme sous laquelle se prescrivent les médicaments et leur nature : c'est tout le monde.

Sur cette question d'application pratique, les camps furent donc très vite tranchés, et dans tous les pays, les adeptes de la nouvelle thérapeutique durent adopter une position séparée. Parmi eux, un trop grand nombre peut-être furent tentés de la pensée d'imposer à la médecine une réforme totale, ne considérant pas qu'ils allaient la restreindre à la culture d'une seule de ses branches, la thérapeutique. Les adversaires offusqués par les nouveautés du système, par la question des doses, par quelques excentricités à travers lesquelles ils s'obstinaient à voir toute l'œuvre d'Hahnemann, demeurèrent inébranlables dans leur opposition.

C'est ainsi qu'un débat touchant la question de savoir si le médecin a le droit de prescrire les remèdes à toutes les doses, débat dont la solution aurait dû être tranchée par la seule expérience, détermina une rupture absolue.

XXIII

La dissidence ainsi constituée, nous voyons partout les disciples d'Hahnemann prendre position. Autant de pays, autant de groupes régionaux, chacun portant son empreinte.

L'Allemagne, patrie d'Hahnemann, devait lui donner ses premiers disciples. D'emblée les applications cliniques furent nombreuses, elles marchaient de concert avec les

études pathogénétiques. Des médecins se présentèrent, soit seuls, soit associés par groupes : qui pour vérifier la matière médicale du maître, qui pour en accroître le domaine par l'étude de nouvelles substances.

C'est alors que commence à se produire ce genre de littérature très particulier à l'homœopathie, les manuels. L'œuvre pathogénétique d'Hahnemann, immense déjà par elle-même, augmentée de la part de collaboration de ses élèves, constitue un bloc de matériaux au premier abord peu accessible à qui n'a pas la volonté ferme d'accomplir un effort de travail. Le réformateur dans ses écrits ne s'était guère préoccupé d'être intéressant, pas même d'être suffisamment clair, surtout pour qui le lirait dans une traduction. Aussi la pensée arriva-t-elle de bonne heure, d'abréger, de condenser plutôt les énumérations symptomatiques de la matière médicale, de limiter par des caractères précis, par des symptômes distincts, la sphère d'action de chaque substance, d'en indiquer les affinités électives vers tels organes ou tels groupes de fonctions, et par voie d'induction vers telles maladies, y joignant les exemples déjà constatés de guérison, *ab usu in morbis*. Le médecin se pénétrant ainsi plus rapidement de la physionomie et du caractère propre de chaque médicament, les applications de la loi de similitude lui étaient rendues plus faciles.

Plusieurs de ces manuels ont une véritable portée scientifique qui les met complètement à part de la banalité accoutumée de beaucoup de livres analogues. Ceux de Weber et de Böninghausen ont rendu de grands services, mais aucun, malgré ses déficits, n'a été plus répandu que celui de Jahr. Ces guides usuels sont particulièrement l'expression d'un moment souvent très court dans le mou-

vement de la science. Que l'on compare ceux de Richard Hughes, le traité de médecine pratique du Dr Jousset avec le livre de Jahr ? Quel progrès nosographique et parfois combien d'intermédiaires heureusement franchis pour arriver au *simile.*

Dans cette revue rapide qui se défend d'être complète, distinguons encore les études de matière médicale d'Hartlaub et de Trinks, les essais nosographiques d'Hartmann, etc.

L'Ecole allemande a continué dans cette voie pratique qui a trouvé son expression la plus positive et la plus utile dans les hôpitaux de Vienne et de Budapest (1).

En Angleterre, nous voyons dès 1835 des médecius adopter la thérapeutique d'Hahnemann. Le Dr Quin, qui entretenait des relations avec mon père, a fourni à Londres une brillante carrière. Là comme ailleurs, la nouvelle thérapeutique s'est propagée par la voie des revues périodiques et des Sociétés médicales. Le caractère de leurs travaux est exclusivement clinique. Nous avons traité tout à l'heure des manuels du Dr Hughes, ils exposent avec un soin particulier les progrès acquis en pathogénésie dans les dernières années et dans tous les pays ; ils citent avec prédilection les travaux américains et c'est justice.

Car il le faut reconnaître, c'est aux Etats-Unis que devait se produire le mouvement d'expansion la plus remarquable en faveur de la réforme d'Hahnemann. L'état social de ce pays, l'esprit d'initiative si puissant pour

(1) A Budapest, le professeur Fory a une section à l'hôpital de la ville. A fait un cours de matière médicale. Il dirige en outre l'hôpital de Saint-Roch.

fonder des cours publics et des universités, la liberté d'enseignement absolue, l'absence d'ingérence de l'État sous le couvert d'une doctrine officielle : autant de circonstances favorables dont elle a largement profité. Voici quarante ans que cela dure. A voir le nombre et l'activité des adhérents, il n'est pas à croire que sa fin soit prochaine.

Pas de pays où il se soit établi plus de fondations en sa faveur sous la forme d'hôpitaux et de collèges pour l'enseignement de notre art. A Boston, à Philadelphie, à Chicago et dans bien d'autres villes, vous trouverez non seulement des chaires pour l'enseignement de l'homœopathie mais des facultés complètes où toutes les branches de la science médicale ont trouvé leur place. L'épreuve de nos traitements se fait au lit des malades et nos pathogénésies prennent leur place légitime auprès de chaque médicament. Pas de meilleurs procédés pour écarter le particularisme étroit et détruire l'esprit sectaire, que cette concurrence légitime de toutes les méthodes, en l'absence de la pression des facultés officielles.

Dans un milieu si favorable, les hommes distingués, les hommes d'initiative n'ont pas fait défaut. Nous avons déjà parlé de Héring. Plus que quiconque, il a contribué à accroître le domaine de la matière médicale. Ses études sur les venins des serpents des tropiques sont de premier ordre. Sous sa direction, des médecins américains se constituant en groupes d'expérimentateurs ont effectué sur la matière médicale d'Hahnemann un travail de revision nécessaire pour vérifier la parole du maître, mais plus encore peut-être pour adapter le langage des premières pathogénésies avec celui de la science moderne, car si la médecine possède un fond invariable, il n'est pas

moins vrai qu'il doit se modifier, se renouveler sans cesse au contact des autres sciences dans l'orbite desquelles elle est nécessairement entraînée. Hahnemann pour son temps, si habile chimiste, trouverait la chimie d'aujourd'hui bien différente de celle qu'il s'appliquait à vulgariser : autre est la physique, autre est l'histoire des animaux et des plantes et bien plus modifiée encore la physiologie de l'homme si étroitement dépendante de ces progrès scientifiques.

Se plaçant au point de vue strictement médical, que n'y aurait-il pas à dire des changements survenus dans la description des maladies et l'analyse séméiotique des symptômes.

L'urgence donc était grande, tout en demeurant fidèle à l'idée qui a inspiré les études pathogénétiques d'Hahnemann de les rendre directement abordables pour la médecine d'aujourd'hui.

Hering a trouvé des successeurs. Après lui sont arrivés Hempel, puis Allen, ce dernier a publié une matière médicale en douze volumes, œuvre immense où l'on ne sait ce que l'on doit le plus apprécier de l'abondance des matériaux accumulés ou de la conscience scrupuleuse de l'auteur. Chaque symptôme porte un numéro qui indique à quel expérimentateur il appartient.

Le travail du Dr Allen est à peine terminé que déjà on s'occupe de le refondre en le perfectionnant. Un comité de médecins délégués de la société homœopathique de l'Angleterre et de l'Institut américain, s'est réuni pour exécuter l'œuvre nouvelle qui paraît sous ce titre : *A Cyclopædia of drug pathogenesy* (1).

---

(1) La 12e livraison est en vente à Londres et à New-York.

Dans un mémoire sur la *Matière médicale de l'avenir*, le Dr Hayard de Liverpool attribue à la réforme rebutante de l'ordre schematique des pathogénesies d'Hahnemann la rupture malheureuse qui s'est opérée entre l'ancienne école et une réforme qui était uniformément désirée. Aussi propose-t-il un plan qui apporte des perfectionnements à l'œuvre d'Allen et à la *Cyclopœdia* (1) .

Ce qui signale la médecine aux Etats-Unis, c'est dans toutes les branches un caractère universel d'application pratique. Nulle part la médecine et la chirurgie n'apparaissent plus unies dans un ensemble d'action utilitaire. On sait les innovations aussi heureuses que hardies de l'école médicale américaine dans les domaines de la gynécologie et de la chirurgie proprement dite; ses conquêtes rapides par la vulgarisation de l'anesthésie. De combien de procédés ingénieux ne lui est-on pas redevable.

Les médecins qui pratiquent l'homœopathie dans ce pays plus nombreux qu'ailleurs n'ont pas été moins entreprenants. Le traité des maladies des femmes du Dr Ludlam professeur au collège Hahnemann, de Chicago, est un beau spécimen de ce que peut produire une science aussi habile par l'emploi des agents de la matière médicale qu'industrieuse dans la recherche des expédients de la chirurgie pratique. Les travaux du Dr Tisdale Talbot, doyen de la Faculté de médecine de Boston, directeur de la *Gazette médicale* de la Nouvelle-Angleterre ne méritent pas moins d'estime. Combien d'élèves ces deux maîtres n'ont-ils pas formés, qui entrés dans la carrière usent de la matière médicale avec la largeur de vue la plus féconde.

(1) Ce mémoire a paru *in the Transacions of the* 42e session *of the american institute of homœopathy.* Philadelphia., Sherman 1889.

Quant à l'homœopathie dans les pays de langue française, nous avons assisté à ses débuts. L'impulsion donnée par mon père ne se ralentit pas, mais le centre d'action fut déplacé, dix ans après sa mort la Bibliothèque cessa de paraître à Genève. Prirent sa place à Paris le *Journal de la Société Gallicane* et le *Bulletin de la Société homœopathique de France*. La clinique et les études pathogéniques n'y firent pas défaut, ces dernières cependant moins abondantes qu'en Allemagne et aux Etats-Unis et conduites avec moins d'ensemble.

Notons avec distinction deux essais de systématisation de la matière médicale, l'un dû au Dr Espanet, l'autre au Dr Teste. Ces essais témoignent d'un travail qui s'est fait de bonne heure dans l'esprit de plusieurs médecins avec la pensée de grouper les médicaments en familles naturelles. Teste choisit vingt médicaments types autour desquels il rassemble les analogues. Chacun de ces vingt groupes représente une série de médicaments ou mieux encore d'ensembles symptomatiques produits des pathogénésies.

Hahnemann vint s'établir à Paris en 1835, il y devait passer les derniers jours de sa longue existence. Trop âgé alors, trop étranger à la France pour exercer une action scientifique il ne pouvait que transmettre la tradition de son œuvre et la fixer : il mourut en 1843.

En France des médecins distingués ont fait honneur à l'homœopathie. Les Drs Pétroz et Léon Simon (1), Molin, Davet à Paris ; Dessaix et Rapou à Lyon ; Béchet à Avignon ont fourni de belles carrières. Ici comme à toutes

(1) Il a publié en 1888 des leçons sur l'homœopathie très intéressantes et bonnes encore à lire aujourd'hui.

les époques, nous voyons se produire des individualités. Une certaine originalité, un tact spécial, des facultés particulières pour acquérir l'autorité, des intuitions spontanées inattendues dans le choix des ressources thérapeutiques caractérisent ces médecins à l'ordinaire comblés par le succès. Les Drs Emery à Lyon, Chargé à Marseille furent de ceux-là. Le professeur Récamier, il y a 60 ans, était à Paris un type fameux de ces personnalités brillantes. Ces individualités ont à l'ordinaire, plus de génie que de méthode, l'action continue est le trait habituel de leur physionomie. Par l'enseignement, par leurs écrits, elles transmettent peu de chose et l'on en demeure surpris.

XXIII

Un événement qui n'était arrivé nulle part ailleurs devait se produire dans le milieu hahnemannien français. Douze à quinze médecins, la plupart simultanément sortis de l'internat, se déclarèrent pour la nouvelle thérapeutique. Ces nouveaux adhérents furent d'autant plus remarqués que plusieurs avaient paru avec distinction dans les concours pour l'agrégation et le bureau central. Ils y avaient été décidés par l'exemple d'un médecin des hôpitaux de Paris, le Dr J.-Paul Tessier. C'était en l'année 1848 (1).

Tessier fut une des plus remarquables intelligences médicales de son temps. Elève privilégié de Dupuytren, sous l'inspiration de ce célèbre maître, il avait approfondi l'ensemble des branches de notre science sans oublier son

(1) J.-P. Tessier né à Nonancourt, Eure, le 31 mars 1811 ; mort à Paris le 16 mai 1862.

histoire et ses traditions dont il était pénétré avec une vigueur d'intuition et une ampleur de vues qui se rencontrent rarement.

Promptement il donna la mesure de sa force par la publication d'un mémoire sur la *Diathèse purulente* (1838) sujet alors très neuf et l'objet de vives controverses.

Par une synthèse hardie, l'auteur avait rassemblé sous ce nom des affections jusque-là disséminées. Le point de départ fut cette maladie à suppurations multiples qui, si souvent, complique fatalement les blessures et les opérations chirurgicales. Tessier établit son identité avec la fièvre puerpérale, un traumatisme d'un autre genre; mais le trait de lumière fut de démontrer que la diathèse purulente peut se produire spontanément sans l'intervention d'un traumatisme quelconque, blessure ou accouchement.

Il est particulièrement à l'honneur de la médecine française au XIXe siècle d'avoir en nosologie posé et résolu des questions de premier ordre. De Laënnec elle a accepté l'unité de la phthisie ; de Broussais celle de la fièvre typhoïde; de Ricord celle de la syphilis ; comment s'est-il fait que le même public médical ait résisté à la synthèse de la diathèse purulente et qu'après 50 ans de controverse l'unité de cette maladie soit encore matière à discussion? Pour comprendre cette répulsion il faut se rendre compte du milieu doctrinal du temps (1).

(1) Pour plus de développements sur ce sujet de la diathèse purulente, je dois renvoyer aux mémoires suivants : De la fièvre puerpérale, son identité avec la diathèse purulente, thèse 1846. De la diathèse purulente, mémoire publié par la Soc. méd. de Genève. Des formes de la diathèse purulente, 1863. Documents pour l'Etude de la diathèse purulente, 1886. La fièvre de croissance ses rapports avec la diathèse purulente, 1889. La myosite infectieuse, 1889, par le Dr Edouard Dufresne.

A la fois savant dans son art, philosophe et lettré; comme tous les hommes adonnés au culte des idées et dans l'esprit desquels le combat des doctrines est toujours ouvert, Tessier aimait à se répandre par la conversation et par l'enseignement (1). Il ne tarda pas à voir se former autour de lui un groupe d'étudiants. Ils se réunissaient chaque semaine en conférence.

Là les questions médicales les plus diverses était abordées et discutées. C'est dans ces entretiens qu'il exposa pour la première fois le traité qu'il devait publier plus tard sous le titre d'*Etudes de médecine générale.*

Celui qui écrit ici, pendant plusieurs années a fait partie de cette conférence: c'est par son intermédiaire que les élèves de J.-P. Tessier ont eu la révélation de l'œuvre d'Hahnemann, voici dans quelles circonstances.

J'avais perdu mon père deux ans auparavant que d'entrer à l'école de médecine. Pendant mes quatre années d'internat, quoique peu préoccupé d'Hahnemann et de sa réforme, je m'étais toujours réservé d'en faire l'objet d'un examen attentif. Je devais cette marque de respect à la mémoire de mon père. Ma thèse de docteur passée, avant que de quitter Paris au cours de mes derniers entretiens avec Tessier, je lui fis part de mon dessein après l'avoir informé en détail touchant mes antécédents. En prenant congé, je lui laissai un recueil des principaux mémoires de mon père avec un exemplaire de l'*Organon.* Loin de me détourner de mon projet, Tessier en approuva les motifs en disant qu'il ferait un sérieux examen des documents dont je venais de le munir.

---

(1) Des leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu et des cours libres à l'Ecole pratique.

Voici ce qu'il m'écrivait après quelques mois d'attente.

« Vous savez l'impression produite sur moi ,par la lec-
« ture de l'Organon. J'y voyais tout d'abord un mélange
« d'absurdités et d'idées remarquables qui ne me laissait
« pas tranquille ; enfin j'ai pris le parti d'étudier à fond
« cette doctrine et c'est ce que je fais. Nous ne sommes pas
« assez riches en thérapeutique pour négliger ce qui se
« présente, même sous une forme désagréable. Je ne suis
« pas encore fort avancé, néanmoins il résulte de mes pre-
« mières recherches que les substances médicamenteuses
« divisées à l'infini conservent des propriétés remar-
« quables, ce fait suivant moi domine toute la question.
« En effet s'il n'y avait pas d'action appréciable, il serait
« inutile d'aller plus loin. J'expérimente en me confor-
« mant autant que je le puis aux règles tracées par Hahne-
« mann. Il me semble que l'on ne saurait mettre trop de
« bonne foi dans ces difficiles études. Je vais continuer
« à constater purement et simplement des actions jus-
« qu'à la fin de l'année, ensuite je m'occuperai avec soin
« du rapport des actions avec les indications. C'est un
« travail de quelques années que j'entreprends.

« Quant aux théories hahnemanniennes sur la psore,
« sur la non existence des maladies, ce sont ou des for-
« mules fausses ou des non sens, par conséquent un
« homme sensé ne peut pas être homœopathe, mais un
« médecin très sensé n'a pas le droit de négliger l'étude
« d'agents thérapeutiques nombreux devant la perspec-
« tive d'en enrichir la médecine pratique. »

Il nous plaît de produire ici cette première impression, car dans sa spontanéité elle contient en germe le jugement définitif que Tessier devait porter sur Hahnemann.

La lecture de l'Organon avait donc été déterminante.

Les membres de la conférence ne tardèrent pas à être mis dans la confidence et à s'associer à cette évolution de celui qui était leur maître et leur ami, si bien qu'après deux années tous y avaient adhéré, même ceux qui étaient fixés hors de Paris.

Mais il n'en devait pas être du mouvement de conversion de Tessier et de ses élèves vers Hahnemann comme de l'avènement successif des médecins qui les avaient précédés. L'application pratique de l'homœopathie ne devait pas rester leur préoccupation exclusive et la marque distinctive de leur personnalité médicale. S'ils tenaient en grande considération la révolution inaugurée par Hahnemann sur le domaine de la matière médicale, d'autre part leur école était trop dogmatique, elle avait une conception trop étendue de la science pour se résoudre à confiner la médecine entière dans la thérapeutique.

Il n'y avait là que des nuances ; encore qu'assez marquées, elles ne firent pas que les rapports les meilleurs ne s'établirent entre les nouveaux venus et les médecins qui les avaient précédés dans la pratique de l'homœopathie à Paris. Le journal de la Société Gallicane avait accepté leur concours, si bien que Tessier y publia ses *Etudes de médecine générale.*

Cependant nos amis ne tardèrent pas à éprouver le besoin de créer un instrument de publicité plus directement placé sous leur influence où ils pourraient donner libre cours à leurs impulsions doctrinales et cultiver toutes les branches de la science tout en demeurant fidèles à leurs convictions nouvelles.

Telle fut l'origine de l'*Art médical* que Tessier et ses amis fondèrent en 1853.

XXIV

Quelle doit être la place la plus légitime de l'homœopathie en médecine. Les rédacteurs de l'*Art Médical* avaient hâte de s'expliquer sur ce point. On peut croire que certains dissentiments s'étaient manifestés entre les nouveaux venus et les confrères qui les avaient précédés. L'article est de J.-P. Tessier. Il y fut la voix même du bon sens autorisé par la science. S'il revendique les droits de la constitution traditionnelle de la médecine, il n'élève pas une voix moins décisive en faveur des services rendus par l'œuvre d'Hahnemann. La médecine traditionnelle ne saurait être toute erreur pas plus que l'homœopathie ne saurait être toute la vérité. Cependant l'ancienne médecine renferme la vérité dans son ensemble : c'est là qu'est notre patrimoine et il doit être tenu en haute estime.

Même sur le domaine thérapeutique,il s'en faut que tout soit à blâmer dans l'héritage qui nous a été transmis. C'est là cependant le point vulnérable : sur ce terrain de la pratique et de l'application, c'était le règne de l'hypothèse et de l'arbitraire : que l'on veuille bien relire ce qu'en pensait Bichat : Hahnemann a opposé la direction d'un principe rationnel.

Sa doctrine comprend : 1° une méthode à suivre pour connaître les effets des médicaments sur l'homme sain ; 2° l'art de poser les indications et de les remplir, c'est-à-dire l'art d'adapter le remède à la maladie : les pathogénésies et la loi de similitude. Avoir établi ce rapport c'était une découverte de génie. La thérapeutique avait trouvé une base, un principe directeur.

Très attachée à la tradition, l'école de l'*Art médical* devait tenir à mettre en évidence les liens qui rattachent la méthode d'Hahnemann au patrimoine des vérités transmises. Elle ne consentait pas à y voir une simple collection de procédés empiriques issus spontanément d'une conception imaginative. Aussi bien était-elle incitée à ces recherches par le maître lui-même, mais Hahnemann, d'une érudition si abondante alors qu'il s'agit des origines de la matière médicale, s'est montré singulièrement sobre de renseignements touchant les sources où il avait puisé l'idée de construire son système.

Dans son énumération si curieuse des guérisons homœopathiques dues au hasard, il cite Hippocrate guérissant le choléra morbus par le *veratrum*, Störck opposant le *strammonium* au délire des maniaques ; il termine par le célèbre passage de Stahl : « La règle admise en médecine « de traiter les maladies par des remèdes contraires ou « opposés aux effets qu'elles produisent est complètement « fausse et absurde. Je suis au contraire persuadé que les « maladies cèdent aux agents qui déterminent une affec- « tion semblable. »

C'était trop peu. Il en est de l'homœopathie comme de toutes les découvertes : des signes précurseurs à l'avance la signalent et la font pressentir. Avant que Hahnemann formule son système, la thérapeutique traverse une période de transformation : tout un siècle s'y emploie. Le Dr Frédault dans ses savantes études sur nos traditions (1) a mis en évidence cette évolution qui, dès le dé-

(1) *Histoire de la médecine*, *étude sur nos traditions*, 2 vol. in-8°, Paris 1870. Le Dr Frédault, l'esprit le plus philosophique du groupe de l'*Art médical*, a publié de nombreux écrits. Outre les

but du XVIII[e] siècle, se manifeste dans la thérapeutique.

Ce sont des maîtres tels que Van Helmont, Baglivi, Stahl, Bordeu, Haller, Boerhaave qui l'opèrent pour aboutir à Jenner et à J. Hunter.

Le galénisme frappé de stérilité tombe en discrédit. Par l'étude des poisons, l'expérimentation s'introduit en thérapeutique. Les remèdes ne sont plus opposés brutalement pour détruire une cause hypothétique. Ils arrivent à être considérés comme des modificateurs des fonctions. Baglivi proclame que le médecin doit savoir beaucoup, agir peu, solliciter la nature et ne pas l'écraser,

---

Etudes sur nos traditions on a de lui : l'*Anthropologie physiologique et philosophique* : un traité de la science de l'homme, considéré dans son unité, dans sa nature, dans l'ensemble des relations qui enchaînent tout ce qui se passe en lui. C'est la physiologie telle que l'ont réalisée les recherches les plus modernes mais développée sous la dépendance du lien philosophique de la définition thomiste, l'âme est la forme du corps, pour nous inséparable de toute science vraie.

Forme et matière, une discussion de haute philosophie sur l'union substantielle de l'âme et du corps et le rôle des éléments matériels dans le composé humain. Un *Essai sur les passions* et d'autres études métaphysiques.

Ce qui n'empêche pas notre confrère de paraître avec avantage sur le domaine pratique de l'anatomie pathologique et de la nosographie. Ses études sur les *Hémorrhoïdes*, *l'Endocardite*, sur la *Formation du pus* et de *la cellule cancéreuse* sont d'un investigateur très exercé.

Dans ses cliniques à l'hôpital Saint-Jacques, le D[r] Frédault donne volontiers carrière à son inclination vers la pathologie générale. Parmi celles publiées en 1886 des conférences sur l'*Espèce en médecine* méritent d'être distinguées avec celles sur les *Adaptations de la loi de similitude*.

Störck administre ses poisons à doses atténuées et les transforme en médicaments.

Pour résumer ce mouvement il manquait, dit le Dr Frédault, une doctrine générale de l'indication. La théorie du *simile* devait la donner. Déjà formulée par Van Helmont et Stahl, la loi de similitude se précise dans J. Hunter, elle ne devait apparaître définitivement dégagée et trouver sa complète éclosion que chez Hahnemann.

John Hunter est une des plus expressives manifestations du vitalisme dans une intelligence médicale. Une conviction aussi énergique étonne au premier abord chez ce chirurgien plutôt anatomiste que médecin lettré, mais telle est la vivacité du sentiment qui l'anime qu'elle éclate dans tout ce qu'il écrit. A l'égard des maladies, Hunter est essentialiste d'instinct : personne n'a plus positivement professé la doctrine des prédispositions morbides.

Quant à la thérapeutique, il est aussi près que possible de la loi de similitude. Ami de Jenner et partisan enthousiaste de l'inoculation, très frappé de l'incompatibilité signalée entre le *cowpox* et la variole humaine, il ne l'est pas moins de l'immunité conférée par la substitution d'une affection à l'autre. Bientôt dans son traité de la syphilis, il généralise son observation et déclare que deux maladies ne peuvent occuper la même constitution et les mêmes parties. Appliquant son idée à la thérapeutique il écrit que le mercure guérit la syphilis d'après la loi des incompatibilités et par le fait même qu'il provoque la venue d'une action différente par sa nature de l'acte morbide : une sorte de *maladie médicamenteuse*, le terme y est. Les mêmes idées se manifestent à chaque instant dans les leçons sur les *Principes de la chirurgie*. Nous voyons poindre ici ces

question de virus, de poisons morbides, d'atténuations médicamenteuses, de vaccins préventifs qui tiennent une grande place dans la thérapeutique et la prophylaxie d'aujourd'hui. Hunter apparaît tout pénétré des rapports de la loi de similitude : Hahnemann n'a plus qu'à paraître il va lui donner sa formule définitive en exposant la convenance de l'étude des médicaments sur l'homme sain.

Décidés à maintenir un juste équilibre dans l'étude de toutes les branches de la médecine, *l'Art Médical* devait attribuer une part sérieuse à la nosographie, Tessier qui à son endroit avait donné la mesure de son talent par la constitution de la diathèse purulente, avait conçu le dessein d'une nosographie complète. Sa mort (1862) entrava ce projet. Quelques monographies de ses élèves qui ont été publiées (1) témoignent de l'esprit et de la méthode qui auraient inspiré l'œuvre complète.

Dans son *Traité de médecine pratique* le Dr Jousset a fort heureusement conservé les grandes lignes de l'œuvre de Tessier. Les descriptions des maladies sont brèves comme il convient au but qu'il se propose, le sentiment profond que possède l'auteur de la notion de l'espèce morbide communique à ses tableaux symptomatiques une valeur de précision remarquable. Pour la première fois les maladies se trouvent ici présentées avec une description de leurs formes. Cette circonstance donne au traité un caractère de nouveauté que ne méconnaîtront pas les juges experts. Les mêmes apprécieront aussi pour le pronostic et la séméiotique les avantages de ce mode d'ex-

---

(1) La scrofule par le Dr Milcent.

La syphilis, ses formes, son unité, par le Dr Jules Davasse.

position, avantages plus réels encore alors que l'on arrive à fixer les indications. Quand il veut conclure sur les résultats des traitements prescrits, comment le médecin peut-il se flatter d'être sérieux, s'il ne tient pas compte de cet élément des formes, combien de statistiques demeurent sans valeur pour l'avoir ignoré.

Ce traité est au courant de tous les progrès modernes ; en outre, l'homme de l'art s'y trouve informé de toutes les ressources que lui offre l'homœopathie.

Un autre essai de vulgarisation a été tenté par le Dr Jousset. C'est un *traité élémentaire de matière médicale*. Ce résumé des pathogénésies d'Hahnemann et de ses successeurs, à l'exemple des travaux de ce genre anglais et allemands a été effectué en société avec des collaborateurs (1). S'y trouvent réunis des documents empruntés aux toxicologistes ainsi que des études physiologiques, sur l'action de plusieurs substances, faites en dehors de notre école. Si le travail du Dr Jousset ne fait oublier ni le manuel de Jahr, ni les répertoires de Bähr, de Hering et de Hughes il réalise des mérites particuliers qui le feront préférer par plusieurs.

C'est dans la collection des 70 volumes de *l'Art Médical* qu'il faut suivre le travail de ses rédacteurs. On trouvera dans les cliniques de l'hôpital Saint-Jacques une mine d'observations du plus haut intérêt. Toujours animés du même souffle doctrinal ils se mêlent au mouvement scientifique, ils n'en veulent ignorer aucun progrès, ils en mettent les découvertes légitimes en évidence. Là où se

---

(1) Les Drs Bon, Claude, Gabadda, Guérin, Menneville, Marc Jousset, Piedvache et Paul Tessier fils sous la direction du Dr Jousset père.

manifestent des dissidences, ils se défendent avant tout de ce misérable procédé de polémique, qui consiste à ne vouloir ni connaître ni comprendre les adversaires.

XXV

Après avoir établi quelle doit être la place légitime de l'homœopathie en médecine, pour conclure, il reste à marquer quelle doit être, à notre sens, la place légitime de l'homœopathie en présence des autres médications, car si la méthode thérapeutique déterminée par l'application de la loi de similitude est d'importance capitale, si pour nous elle est par excellence la thérapeutique rationnelle et positive, pour autant nous ne voulons pas dire qu'en présence des malades, il n'y ait pas en dehors d'elle d'autres médications, auxquelles le médecin devra recourir.

Mais auparavant que de produire notre sentiment il est utile de considérer les destinées de l'œuvre d'Hahnemann dans le courant historique depuis cinquante ans. Elle a subi des contacts divers et maintes vicissitudes ; elle n'a pas pu ne pas changer, tout aux moins se modifier, après tout elle vit. Il nous appartient donc de dire ce qu'elle est devenue à travers le choc des controverses et la part d'influence qu'elle peut loyalement s'attribuer.

Il faut avoir traversé les hôpitaux de Paris de 1833 a 1848 pour savoir en quelle décadence la thérapeutique était tombée. C'était alors à son égard un scepticisme absolu, un laisser aller général. Le règne de Broussais avait réduit à néant l'emploi des médicaments, la coutume traditionnelle protégeait encore quelques vieux

remèdes et d'antiques formules. Seule la saignée et ses abus restaient debout.

Aujourd'hui à 40 ou 50 ans de distance, avec quel luxe la table thérapeutique des malades n'est-elle pas servie. Ce n'est pas de l'abondance, mais proprement du tumulte et la confusion n'est pas loin.

Des causes diverses ont amené cette révolution. D'abord l'homœopathie elle-même: en dépit de la conspiration du silence et des dédains affectés elle n'avait pas été sans produire quelque sensation. Piqués au vif, les médecins auxquels on reprochait leur indigence se reprirent à donner des remèdes : l'astre de Broussais pâlissait, le bouillant novateur disparu, les statisticiens s'employaient à dresser l'inventaire de ses dépouilles, s'appliquant gravement à y glaner quelques résultats pour se les approprier.

Sur un terrain si parfaitement stérilisé, le professeur Trousseau apparut presque comme un homme nouveau : il remit adroitement en lumière la matière médicale délaissée, voire même qu'il consacra à l'exposition de la méthode d'Hahnemann une de ses leçons, affectant de la désigner sous le terme de médecine substitutive. Dissimuler ainsi sous un jeu de mots le véritable état de la question n'était-ce pas un acte de médiocre probité ?

Il faut placer à ce moment les débuts de Claude Bernard. On sait les expériences du célèbre professeur sur l'action du *curare* et d'autres substances toxiques. Entreprises sur les animaux dans un but exclusivement physiologique, la pensée médicale n'y apparaît guère : elles n'avaient assurément pas pour but de contrôler les pathogénésies d'Hahnemann : rien n'est moins semblable à des *provings* américains. Elles n'en sont pas moins une date pour l'histoire de la matière médicale expérimentale, car,

dès lors paraissent des séries d'investigations analogues que vous voyez figurer dans les répertoires récents de toxicologie et de matière médicale.

Dans cette atmosphère nouvelle, l'homœopathie poursuivait sa carrière. Si dans le chapitre précédent nous avons insisté sur le groupe de l'*Art Médical*, ce n'était pas seulement dans le but de faire acte d'adhésion à une ligne doctrinale. Il était dans notre droit de mettre en évidence la part d'action exercée par ses rédacteurs, car si modestes que fussent leurs espérances, elles o nté té justifiées.

Cette preuve d'influence a été double.

A l'école officielle, ils ont manifesté qu'encore bien que résolus, usant de leur liberté complète, à suivre sur le terrain thérapeutique une ligne particulière, pour autant ils demeuraient attachés à la médecine traditionnelle. En agissant de la sorte ils estimaient n'avoir point démérité de la science.

D'autre part un grand nombre de médecins qui avaient adopté l'homœopathie dans un but exclusivement pratique étaient tentés de ne vouloir connaître aucune autre thérapeutique en dehors des doses infinitésimales et de la stricte observance de la loi de similitude.

L'*Art Médical* n'a pas voulu de cette attitude de séparée il n'a cessé de revendiquer la faculté de prescrire les médicaments à toutes les doses (1). La possession de cette échelle de graduation des doses, n'est-ce pas après tout, avec la loi de similitude et l'étude des remèdes sur l'homme sain, la meilleure part des conquêtes d'Hahnemann?

---

(1) Voir sur ce sujet un important travail du Dr Hughes sur les doses d'Hahnemann (trad. du Dr Claude), *Art Médical* 1884.

Aussi bien la cause est-elle gagnée, pas plus en Europe qu'en Amérique il ne s'élève aujoud'hui de contradicteurs à la liberté de l'*omni dosi*.

Ici se présente la médication palliative. Il faut bien lui faire place car de plus en plus elle met le médecin en demeure de réclamer cette liberté des doses.

Quand l'homme de l'art ne peut guérir, il doit soulager. Il y a un élément de la maladie qu'il faut avant tout supprimer s'il se peut : c'est la douleur. Il doit donc prendre parti touchant les remèdes palliatifs, aussi bien depuis tantôt un quart de siècle la chimie les a prodigieusement multipliés.

Longtemps limitée à l'opium et à la morphine la médication de la douleur possède aujourd'hui des ressources très étendues. Comment méconnaître les éminents services de l'éther, du chloroforme et des anesthésiques ; ceux rendus par le chloral, les bromures, l'antipyrine, etc.

La méthode hypodermique, ce mode d'atténuation des forces médicamenteuses dérivé de la vaccine, est devenue un des instruments assidus de la médication palliative. Elle n'est pas limitée aux *piqûres de morphine* car elle a fait accepter à l'économie par ce procédé d'insinuation, une foule de substances qui ont souvent un tout autre but que celui de combattre la douleur. Les inoculations préventives opposées par Pasteur au charbon et à la rage ont singulièrement accru la popularité de la méthode hypodermique.

Le devoir du médecin est donc d'avoir recours aux palliatifs, dès que l'indication se présente, aux doses et suivant les procédés commandés par l'expérience.

Mais cette prompte efficacité des palliatifs impose de sérieux devoirs : malades et médecins sont tentés d'en abuser. Pour tous deux par la force de l'habitude ces

remèdes risquent de devenir un danger, disons plus une tyrannie. Trop souvent alors les médecins ont affaire à des intoxiqués plutôt qu'à des malades. N'insistons pas, car ce n'est pas ici notre intention d'introduire le procès des bromures, du chloroforme, de la morphine combinés ou non avec l'alcoolisme ou l'abus du tabac.

Ces histoires médicamenteuses, véritables pathogénésies accidentelles, résultats de l'abus, n'ont pas été sans profit pour la science : soumis aux atténuations hahnemanniennes, des médicaments réputés simplement palliatifs ont révélé des actions nouvelles, des vertus différentes.

Le Dr Hale de Chicago a publié cette année même (dans *The North american Journal of homœopathy*) une étude sur le chloroforme soumis aux atténuations homœopathiques. Les effets obtenus par les basses dilutions sont curieux à constater.

Sous le titre *New remedies*, Hale a publié une série de recherches pathogénétiques sur les médicaments nouveaux et leurs applications thérapeutiques.

Le plus ancien et le plus héroïque des palliatifs, l'opium a été le sujet d'une des plus instructives pathogénésies d'Hahnemann. Il a révélé, il y a tout à l'heure quatre-vingts ans, que l'opium n'est pas seulement un calmant de la douleur, qu'il peut en outre être opposé avec succès à certaines congestions cérébrales, à l'apoplexie et au coma des fièvres continues.

Les indications modernes de la caféine ont été pressenties soixante ans avant l'extraction de ce médicament. Dans la pathogénésie du café publiée par Hahnemann et Stapf, non seulement il y est dit que l'usage prolongé du café détermine des palpitations de cœur spéciales, mais

qu'il porte à l'insomnie, à des douleurs dentaires, ainsi qu'à une série d'états nerveux.

De même les pathogénésies avaient averti les médecins de prémunir leurs cardiaques contre l'usage du tabac.

C'était donc faire chose utile que de soumettre à l'échelle de graduation des doses les médicaments palliatifs. Par ces expériences il a été constitué un territoire mixte ; changeant de rôles, ces substances ont parfois révélé des actions différentes souvent opposées à celles que la tradition leur avait attribuées.

XXVI

Ce chapitre pourrait avoir pour titre : De l'action de la thérapeutique d'Hahnemann sur la médecine officielle, ou, pour mieux dire : De la pénétration des médicaments et des procédés de l'homœopathie dans le grand courant médical.

C'est n'apprendre rien à personne que de dire que les procédés de la thérapeutique ont complètement changé depuis trente à quarante ans.

Le retour à d'anciens remèdes délaissés, la simplification des formules, l'atténuation des doses, l'usage de prescrire les substances isolées, la coutume d'administrer les principes actifs des plantes sous la forme d'extraits alcooliques, tout cela était relativement nouveau en thérapeutique. De 1840 à 1850, le professeur Trousseau fut, en France, le promoteur de cette évolution.

Dans ses cours, comme historien des remèdes contenus dans la matière médicale, il se complut à en remettre plusieurs en évidence tels que la belladone, le strammonium, la grande ciguë, etc., toutefois, sans indiquer la

source où il puisait les motifs d'ériger une renommée nouvelle à des substances que les contemporains avaient parfaitement oubliées. Trousseau s'inspire visiblement des travaux d'Hahnemann. Il a sous les yeux le chapitre sur les guérisons procurées par la loi de similitude, dues au hasard, il ne l'ignore pas, il ne le cite pas davantage, pas plus qu'il ne révèle les applications récentes de ces anciens témoins de la matière médicale qu'il recueille dans les travaux d'Hahnemann et de ses élèves.

En conscience, au commencement du siècle, avant 1850, qu'étaient à l'usage des médecins de ces générations, l'aconit, la belladone, l'arnica, la jusquiame, la cantharide et bien d'autres substances? Pour se convaincre et fixer les dates, que l'on ouvre l'*apparatus medicaminum* de Murray, ce codex de la médecine savante pour l'Europe entière depuis le XVIII[e] siècle; dans le même but et particulièrement pour la France, que l'on consulte Schwigué. Qui oserait établir une comparaison entre ce qu'était l'aconit en 1850 et ce qu'il est aujourd'hui pour les médecins de toutes les écoles : antiphlogistique, antithermique, antinévralgique, calmant du pouls et du cœur : qui savait tout cela avant Hahnemann?

De la belladone on connaissait quelques vertus sédatives, des indications tirées de son action sur les fibres musculaires et la dilatation de la pupille. Pourquoi taire son introduction toute à la louange de la loi de similitude, dans le traitement des névralgies, sous la dépendance des hémorrhoïdes et de la circulation vaso-motrice; dans la scarlatine, dans les maladies des yeux en dehors de l'action mécanique sur la pupille; son intervention si efficace, surtout combinée avec le mercure dans les angines, depuis les plus bénignes jusqu'aux plus graves;

son action bienfaisante dans le délire fébrile, dans les affections cérébrales et l'apoplexie.

Une revue tout aussi intéressante pourrait être faite pour l'arnica, la jusquiame, l'arsenic, la pulsatille. Ces faits, et combien d'autres, étaient connus alors que Trousseau inaugura la polémique du dénigrement à outrance à l'égard des travaux d'Hahnemann ; s'il est à citer ici plutôt que tant d'autres, c'est qu'il parlait du haut de sa chaire de professeur et que sa parole avait crédit pour répandre une coutume détestable, celle de passer sous silence le travail d'autrui. Parler de la sorte, c'était dire aux élèves et à la foule des médecins : Vous pouvez tout vous permettre à l'endroit de cette doctrine, et l'on n'y a pas manqué.

Les indications nouvelles tirées des pathogénésies de la belladone et de l'aconit par les médecins homœopathes avaient été jugées de bonne prise. La même pratique fut mise en œuvre pour s'emparer d'autres médicaments ; ceux-là, absolument nouveaux, n'avaient rien à prétendre des attaches traditionnelles ; ces acquisitions étaient toutes à l'actif de l'expérimentation d'Hahnemann. C'est ainsi que l'on a vu paraître dans les périodiques des observations sur l'emploi de la cochenille et du drosera dans la coqueluche, du thuya dans les fics, sur l'action curative de la pulsatille dans l'orchite blennorrhagique ; de la cantharide dans la pleurésie ; de la nitroglycérine (glonoïne) contre certaines névralgies. Puis vint le tour de la bryone, de l'hydrastis, de l'hamamelis, ces deux derniers conquêtes de nos confrères d'Amérique.

L'indication de ces médicaments a été prise dans des observations recueillies par des médecins homœopathes.

Trêve à ces récriminations, aussi bien fort inutiles. Es-

sayons plutôt de mettre en évidence les progrès effectués dans l'administration de quelques médicaments importants sous l'influence de la méthode d'Hahnemann. Prenons tout d'abord le fer.

Dans le traité de Trousseau, la monographie du fer est assurément une des meilleures. Abordant l'étude de la chlorose, il expose avec son tact médical exercé les indications et les contre-indications du fer dans cette maladie: mais procédez à l'étude de ce même médicament en présence de la loi de similitude, combien ne verrez-vous pas les indications acquérir de sûreté et de précision.

Le fer guérit la chlorose parce qu'il la produit. Il la guérit surtout alors que le médecin a saisi l'indication positive. L'usage du fer prolongé et pris à petites doses engendre l'anémie. Ce fait a été constaté par l'expérience. Il a été observé chez les populations qui habitent auprès des sources minérales ferrugineuses. Le fer, administré à fortes doses, détermine la pléthore et les hémorrhagies. Voilà ce qu'apprennent les pathogénésies. Voilà une source d'indications précises pour traiter les différentes variétés de chlorose. Il y a des chloroses que le fer ne guérit pas et qui sont touchées par d'autres médicaments. L'ignatia, la noix vomique, l'arsenic ont guéri beaucoup de chloroses qui avaient résisté au fer (1).

Avec ces notations précises et rationnelles, nous voilà loin des banalités sur le fer tonique, sur le fer reconstituant le sang par action chimique et transformant les globules blancs. Faut-il que Claude Bernard ait été convaincu de l'inanité des explications physiologiques, dans

---

(1) Voir les leçons cliniques du D[r] Jousset, année 1888, où il a traité ce sujet avec les plus heureux développements.

le traitement de la chlorose, pour avoir été amené à dire que ce n'est pas par action chimique que le fer guérit la chlorose, mais par une action directe sur la vitalité.

Et le quinquina. Placé au premier rang, par toutes les écoles, dans la hiérarchie des médicaments, le quinquina est particulièrement précieux pour l'école d'Hahnemann. C'est par la pathogénésie du quinquina que le maître a opéré la première et la plus victorieuse démonstration de la loi de similitude. Nous avons vu, vingt ans plus tard, le Dr Pierre Dufresne donner la même preuve en expérimentant sur lui-même.

Le quinquina guérit la fièvre parce qu'il produit chez l'homme à l'état de santé un mouvement fébrile défini analogue à celui de la fièvre intermittente. La fièvre quinique signale la cachexie du quinquina comme celle de l'impaludisme.

Autant et plus que du fer on a dit du quinquina qu'il est le type des médicaments toniques et reconstituants. Or le quinquina n'est pas plus un reconstituant que le fer dans le sens vulgaire et banal du mot.

Héroïque dans toutes les formes de la fièvre intermittente ; souverain encore mais moins sûr contre les rémittentes symptomatiques de la diathèse purulente et de la tuberculose, le quinquina, qui opère admirablement dans toutes les maladies où se glisse l'élément intermittent et pernicieux (diathèse purulente, typhoïde, dysenterie), est d'une action presque nulle sur le mouvement fébrile continu (typhoïde, variole, pneumonie, etc.).

Administré empiriquement, l'extrait de quinquina a produit d'excellents effets dans l'érysipèle malin. Cette action a pu être ramenée après coup sous la loi de similitude, et il nous paraît bien étrange d'entendre dire par le

professeur Jaccoud que le délire dans l'érysipèle serait produit par l'anémie cérébrale. Le vin de quinquina guérirait l'érysipèle en détruisant l'anémie.

Il y aurait encore bien d'autres choses à dire sur le quinquina considéré comme antiseptique, sur ses applications au traitement du rhumatisme et de certaines névralgies.

Si l'on peut dire après l'étude du quinquina qu'il a été le triomphe de la loi de similitude et qu'il a été d'action de premier ordre pour confirmer l'école d'Hahnemann dans la poursuite des pathogénésies, par contre, l'arsenic, un médicament bien héroïque aussi, est grandement redevable aux travaux de notre école.

A partir d'Hahnemann, en passant par Imbert-Gourbeyre, jusqu'aux *provings* d'Allen et des Américains, les médecins homœopathes n'ont cessé de travailler l'histoire pathogénétique si considérable et si intéressante de l'arsenic. Encore un médicament que l'école thérapeutique officielle voudrait réduire au simple rôle de reconstituant tonique et d'antimicrobien parasiticide.

Il nout plaît davantage de dire que les médecins homœopathes, qui ont confirmé les anciennes applications empiriques de l'arsenic en les ramenant à la loi de similitude, ont rendu un éminent service à la science : notre reconnaissance grandit encore en considérant les acquisitions récentes dues à la même loi. Ils ont précisé les indications de l'arsenic dans les maladies de la peau ; ils ont fait de même pour l'asthme, pour les diarrhées, pour la fièvre typhoïde. Les mêmes ont réglé le traitement de certaines fièvres intermittentes que le quinquina ne guérit pas et que l'arsenic guérit.

N'oublions pas, pour compléter ce que nous disions

tout à l'heure de la chlorose, que l'arsenic s'adresse très directement à la forme ménorrhagique de cette maladie que le fer aggrave et ne soulage point.

En 1841, j'étais élève externe à la Charité de Paris, dans le service du Dr Fouquier. Ce professeur de clinique faisait, comme on disait alors, un peu de matière médicale ; en particulier, il prescrivait, suivant une formule à lui, la noix vomique dans ces cas de paraplégie et d'affections de la moelle où la médecine contemporaine a institué tant de distinctions utiles et ingénieuses.

L'on venait dans ses salles pour constater l'effet de la noix vomique. Il était porté jusqu'à la raideur des membres et aux secousses tétaniques. C'était alors tout ce que l'on savait de cet admirable médicament. Si l'on considère aujourd'hui la place considérable qu'il occupe, on ne saurait qu'être frappé de l'importance qu'il a acquise sous l'influence des pathogénésies. Le rôle de la noix vomique n'est plus limité à son action sur la moelle, sa sphère d'action s'est étendue à toutes les maladies où l'intervention du système nerveux se combine avec celle de la circulation sanguine. Efficace dans les congestions cérébrales, dans l'apoplexie, dans les névralgies intermittentes, la noix vomique convient aux affections nerveuses de l'estomac et des intestins, avant tout à celles qui sont sous la dépendance des hémorrhoïdes, du foie et de la circulation vasomotrice de l'abdomen. C'est par les doses infinitésimales que ces actions sur le cerveau et les organes alimentaires ont été révélées. Ici, l'école d'Hahnemann a opéré de véritables conquêtes.

Telle est la sphère d'action si complexe de la noix vomique, dans laquelle il ne faut pas oublier de comprendre des cas de fièvre intermittente rebelle au quinquina et à l'arsenic.

C'est encore là un médicament que l'on voudrait banalement ranger parmi les excitateurs névrosthéniques. Eh bien, il n'y en a pas qui échappe plus péremptoirement à tout essai de classification. Rien de plus individuel, de plus spécial, de plus *sui generis* que la noix vomique, comme aussi rien de plus étendu et de plus multiplié que sa portée pathogénétique, si ce n'est celle de ses applications cliniques.

Il serait sans utilité de prolonger ce travail de démonstration. Les exposés que l'on vient de lire suffisent, assurément, pour porter témoignage et du mouvement considérable de la thérapeutique en général, et de la part non moins prépondérante qu'occupe dans cette période d'activité l'école d'Hahnemann, présence qui se fait sentir non seulement par le choix nouveau des remèdes, par la posologie variée et graduée, par la multiplicité des indications, mais encore par des aperçus qui lui appartiennent en propre, sur des phénomènes de circulation sanguine et d'action réciproque des vaisseaux sur l'appareil nerveux par le système vasomoteur. L'étude des médicaments sur l'homme sain n'a donc pas servi seulement à informer le médecin touchant la valeur, la puissance et les modes d'action des agents avec lesquels il entre en contact avec l'organisme. Il y a là une somme de connaissances collatérales acquises et d'intuitions nouvelles qui ne sauraient manquer de faire leur chemin.

Ce mouvement de pénétration de l'école d'Hahnemann dans la médecine officielle, il s'opère, il s'accomplira, de plus en plus, la trace en est sensible. Tout à l'heure, nous en avons présenté les indices.

Subsiste encore et toujours la question des doses. C'est sur elle qu'insiste sans trêve l'effort de la polémique. Ceci

est affaire d'expérience. L'homœopathie présente à son apport cent années d'épreuves cliniques, c'est déjà quelque chose, nous l'osons croire. Les médecins se familiarisent de plus en plus avec les petites doses. Les atténuations de Pasteur y disposent les esprits. Ses vaccinations mettent en évidence des actions opérées par des agents de transmission sur lesquels l'analyse chimique n'a rien à prétendre non plus que les bactéries.

De là aux divisions de la matière opérées par les triturations et les dilutions homœopathiques, il n'y a qu'un pas, ou plutôt le pas est franchi. Il n'y a plus à faire autre chose qu'à accepter la voie de l'expérience.

Enfin, par une induction qui s'impose, il faut bien arriver à dire qu'à vouloir pénétrer les vertus des plantes et des remèdes et les expliquer, on perd son temps et sa peine, car ce sont là des qualités essentielles inhérentes à la nature de la substance. Le médecin ne comprend pas davantage rationnellement l'action d'une dose massive de sulfate de quinine que celle d'une goutte de la sixième dilution de quinquina. Ce sont là des faits à constater. Encore un coup, l'expérience reste le seul juge.

XXVII

Aujourd'hui, vers ce siècle finissant, comme aussi bien à toutes les époques de l'histoire de la médecine, touchant la thérapeutique, il faut constater une lutte, ou pour mieux dire un partage des esprits entre deux tendances opposées.

Il y a la thérapeutique étiologique, celle qui, pour la détruire, prétend s'attaquer à la cause même de la maladie. Quelques médecins ont appelé conjecturale cette thérapeutique instituée contre une cause qui n'est après tout

et toujours qu'une hypothèse. De ces systèmes étiologiques suscités en nombre si considérable, la théorie galénique des quatre humeurs a été la plus dominante. Encore bien que délaissée à cette heure, il en persiste un vestige tenace, la médecine évacuante, laquelle survit à la plupart des systèmes, ou plutôt qui s'accommode à tous. Ne voyons-nous pas les théories microbiennes la rajeunir et se prendre à lui refaire une popularité d'occasion.

Quoi de plus simple, en effet, et de plus immédiatement satisfaisant, paraît-il, pour la multitude que cette conception imaginative de la médecine évacuante : conjurer les efforts du médecin et du malade, contre ces humeurs déséquilibrées, contre ce parasite qui a fait effraction dans l'organisme.

Ceci soit dit sans prétendre porter des conclusions sur les questions de savoir : si les microbes sont proprement et d'emblée des causes instrumentales venant du dehors et si leur intervention est nécessaire ; s'ils ne sont pas plutôt des résultats pour l'anatomie pathologique ; s'ils ne prennent pas toute leur valeur dans la prédisposition définie de l'individu ; enfin si le terrain sur lequel ils doivent évoluer ne doit pas à l'avance être apte à les recevoir.

Traiter ici ces questions, ce serait introduire des chapitres entiers de pathologie générale, ce qui n'est point à faire : toutefois il était dans les convenances de notre sujet d'en indiquer les limites et d'en pressentir les horizons.

Mais l'antisepsie ? Les antiseptiques sont des agents préventifs : ils empêchent la prolifération des microbes ; ils les détruisent en stérilisant les atmosphères méphytiques ; ils les poursuivent avec succès dans les plaies ouvertes. Tout est à louer ici ; mais ces actions prophylactiques sont

affaire d'hygiène. Les agents antiseptiques ne sont pas à proprement parler des remèdes (1).

La thérapeutique étiologique triomphe plus directement par les bienfaits des inoculations préventives, car conférer l'immunité à l'égard d'une maladie, n'est-ce pas réprimer une des prédispositions de l'organisme à la contracter? Quand l'immunité (ce qui est vraisemblable) serait exclusivement réservée pour les maladies que l'homme ne peut avoir qu'une seule fois, comme la typhoïde, la variole, la scarlatine, elle serait déjà un bienfait inappréciable. Mais c'est encore là de la prophylaxie.

Il y a en second lieu la thérapeutique positive.

C'est le Dr Dessaix, de Lyon, qui, le premier, dans un de ses opuscules (1843), se servit des termes de médecine et de thérapeutique positive pour caractériser la méthode d'Hahnemann. Sa pensée était celle-ci, que par la théorie du *simile*, par l'équation instituée entre le médicament et la maladie, il se produit dans l'esprit du médecin un jugement qui pèse les deux termes du problème. Le choix du remède désormais établi sur des données scientifiques positives, n'est plus livré aux hasards de l'empirisme ou à l'antagonisme systématique du *contraria contrariis*.

Cette définition devait rallier les partisans de l'école nouvelle.

Il est certain que la tendance vers la loi de similitude exprime un des côtés de la tradition, et que les méde-

(1) Ce qui ne veut pas dire qu'ils ne puissent être prescrits comme médicaments. Ainsi le sublimé, un des meilleurs antiseptiques, est opposé avec succès à la dysenterie. Cette indication posée par la loi de similitude, s'est trouvée confirmée par les diarrhées fréquentes provoquées par le sublimé employé sans ménagements comme antiseptique.

cins homœopathes peuvent s'autoriser d'une série de nos vieux maîtres. Van Helmont, Stahl et Hunter furent de ceux-là. Ce mouvement aboutit à Hahnemann, qui le résume avec éclat dans la loi de similitude. Tout le travail fructueux qui s'est accompli en thérapeutique et en pharmacodynamie depuis cent ans, de quelle part qu'il vienne, se rattache à cette impulsion donnée par Hahnemann. A voir les matériaux d'étude accumulés par ses disciples, il n'est pas à croire qu'il soit près de finir. Les données positives réclamées par l'usage du *simile*, sont à l'heure présente, la base d'opération de plusieurs milliers de médecins dans les deux mondes.

Une suite de malentendus combinés avec l'obstination du mauvais vouloir ont jusqu'à présent empêché l'entrée de la loi de similitude dans le grand courant médical. Il y a encore un autre obstacle. Allez au fond de cet antagonisme, l'on trouvera des répulsions doctrinales dont les mobiles intimes ne sont point à développer ici. Disons seulement qu'Hanemann et ses disciples les plus autorisés se tiennent tous dans la ligne du vitalisme spiritualiste traditionnel. Ainsi en est-il de Pierre Dufresne, de Hering, de Léon Simon. J'ose croire superflu d'inscrire à cette place avec le nom de J.-P. Tessier celui d'aucun des rédacteurs de l'*Art médical* — ne faisons d'exception que pour quelques-uns de nos disparus, les docteurs Gabalda, Milcent, Davasse et Ch. Ozanam.

La poussière de la polémique est tombée ; quand même les répulsions persistent, cependant des rapprochements s'opèrent, si nous n'avons pas la satisfaction de prévoir une fusion paisiblement accomplie, il nous reste celle assurément significative de constater un travail de pénétration de plus en plus sensible et qui n'est pas sans im-

portance, des résultats acquis par les médecins homœopathes dans le domaine commun.

D'autre part, s'il fut un temps où l'on a pu reprocher à certains disciples d'Hahnemann un particularisme exagéré, aujourd'hui il n'en est plus de même, ils ne repoussent aucun contrôle : à l'égal de tous, ils vivent dans le courant scientifique.

Mettant à part les principes supérieurs de la science,nos sympathies ont été exprimées ailleurs, nous nous sommes expliqués longuement sur cette litigieuse question des doses. Après avoir constaté que le principe de l'homœopathie ne réside point dans les doses infinitésimales, nous n'avons réclame que la liberté de pouvoir prescrire *omni dosi.* Une part légitime a été faite à la médication palliative. Ce que l'on a appelé les médications collatérales ou adjuvantes, l'électricité, l'hydrothérapie, les eaux minérales ne devaient pas trouver d'opposition parmi nous.

Quant aux inoculations, il est certain que cette mise en évidence des forces infinitésimales de la nature ne devait être que pour nous agréer.

Que reste-t-il donc? La question de savoir si sur les champ de bataille des maladies, des médecins duement autorisés par leurs antécédents scientifiques, ne peuvent pas réclamer le droit de prescrire des médicaments à toutes les doses qu'ils jugeront requises.

Espérons du temps, ce souverain maître pour tous, qu'il fera ici comme ailleurs, l'œuvre du silence et de la conciliation. Car si dans l'histoire de la médecine on a vu des mouvements d'opinion persévérer, des systèmes passionnés même tels que celui de Broussais, s'obstiner dans une certaine durée, jamais un conflit porté à ce point de permettre aux antagonistes de dire qu'il y a deux méde-

cines dans le monde n'a eu chance de se prolonger à terme illimité. Le moment arrive toujours où dans les sciences, après les controverses les plus passionnées, doit se faire la reconnaissance des résultats acquis. Les disciples d'Hahnemann n'ont pas à redouter cette enquête : il serait grand temps de s'y livrer, avec le calme et l'impartialité nécessaires.

C'est dire que si j'ai eu le regret de constater un partage des esprits qui n'a été que trop absolu, je n'en éprouve pas moins le sentiment profond qu'une telle situation n'est pas normale, qu'elle est préjudiciable à tous, enfin qu'elle ne saurait se perpétuer.

Dr Edouard DUFRESNE.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

MESURES PROPHYLACTIQUES CONTRE LE CHOLÉRA. — ENCORE UN MOT SUR LA DÉPOPULATION DE LA FRANCE. — UN CAS DE PERSISTANCE DU CANAL DE NUCK. — UNE OBSERVATION DE CHOLÉCYSTECTOMIE. — TÉTANOS ET STRYCHNINE. — RÉSULTATS DU TRAITEMENT DES SCROFULEUX A BERCK-SUR-MER.

I

Dès que le *choléra* a paru en Espagne, le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine s'est empressé d'adresser au préfet de police un rapport et des *instructions*, en vue d'une invasion du choléra à Paris. Certainement, tout porte à croire que nous resterons indemnes, pour des raisons d'épidémiologie qu'il n'y a pas à développer ici, mais le Conseil a raison, et,

de même qu'en pleine paix, on prépare la guerre improbable, on doit toujours être prêt à combattre un fléau dont la marche irrégulière a souvent déjoué tous les calculs. Voici donc exactement les *instructions* adoptées :

« 1° Nécessité de connaître le plus tôt possible les cas de choléra ;

2° Création d'un corps de *médecins délégués*, ayant pour mission de constater la gravité et la réalité de la maladie qui leur est signalée, et de veiller à l'exécution des mesures de désinfection ;

« 3° Pour la désinfection des déjections (vomissements et matières fécales) et des linges souillés par le malade, et pour le lavage de la figure et des mains des personnes qui l'approchent, emploi exclusif du *sulfate de cuivre*.

« Ce produit sera mis à la disposition du public par l'administration.

« 4° Pour la désinfection des locaux contaminés, augmentation du nombre des escouades des désinfecteurs, et création d'un inspecteur chargé de vérifier si ces désinfections ont été bien pratiquées.

La désinfection se fera à l'aide de l'*acide sulfureux* provenant de la combustion du soufre. Les lavages seront faits au *sublimé*. Les objets de literie et les linges ayant été en contact avec le malade devront être passés à l'étuve.

Le Conseil demande l'achat immédiat de dix *étuves mobiles* à désinfection par la vapeur d'eau sous pression, qui seront réparties dans Paris.

« 5° Le transport des malades devra toujours être fait par des voitures spéciales chauffées pendant le transport et désinfectées aussitôt après ;

« 6° Evacuation des maisons et particulièrement des garnis où se seront déclarés des cas de choléra ;

« 7° Création de *services spéciaux isolés* dans les hôpitaux de Paris désignés à cet effet. Ces services devront être indiqués dès aujourd'hui, et le personnel appelé à soigner les malades sera instruit des mesures prophylactiques qu'il doit prendre pour éviter les atteintes du mal ;

« 8° Enfin, exécution scrupuleuse de toutes les mesures d'hygiène publique et privée qui maintiennent la salubrité de la ville. De l'eau salubre devra être donnée à toute la population parisienne. »

Comme le fait remarquer M. Dujardin-Beaumetz, la désinfection est ici un point nouveau, dont l'importance va de soi et sur lequel on ne saurait trop insister : la préférence accordée au sulfate de cuivre est justifiée par l'innocuité de ce produit chimique, par son bas prix et cette autre raison qu'on le rencontre absolument partout. Si quelqu'un remarque, non sans malice, que le hasard a parfois des singularités bien étonnantes, et s'il s'avise d'observer que le cuivre est non seulement recommandé par les homœopathes, gens dignes de la hart, comme un des meilleurs remèdes du choléra, mais encore que Burq en faisait le prophylactique par excellence, on se gardera de lui répondre, vu que les premières raisons suffisent : mais la rencontre n'en est pas moins étrange au regard d'un esprit un peu pointu, ainsi que doit être celui d'un homœopathe, bien entendu.

Nous ne voulons qu'effleurer une autre question autrement grave, c'est celle de la *liberté du malade et du médecin* : il n'est pas contestable qu'elle ne soit de plus en plus menacée. Est-ce un bien? Est-ce un mal? C'est ce que l'expérience montrera, et je ne puis que faire des remarques sur la portée très faible desquelles personne ne s'abusera, si l'on prend la peine de réfléchir que c'est l'Al-

lemagne, avec son *socialisme d'État*, qui nous entraîne à sa remorque, dans cette voie, et sans que nous nous en rendions compte. Il est possible que je m'abuse; mais, après avoir lu les instructions, je me demande si l'ingérence de l'État ou, ce qui revient au même, de la préfecture de police, est légitime et, comme on ne saurait contester son utilité, si elle aussi nécessaire que l'on désirerait nous le faire accroire.

Que nous propose-t-on, en définitive? De faire vérifier nos diagnostics par des médecins délégués, lesquels ne seront certainement pas les confrères les plus occupés, les plus expérimentés, pour ne pas dire plus. De nous obliger à une *formule uniforme de désinfection*. De faire transporter arbitrairement un malade dans un hôpital, eût-il les moyens et la volonté de se soigner chez lui; car il n'y a pas à s'y méprendre : il suffira toujours de dire qu'une maison est un foyer d'infection pour s'arroger le droit de la faire évacuer. Qu'on me traite, si l'on veut, d'exagéré : je ne puis m'empêcher de dire que tout cela est gros de conséquences. Veut-on en venir à l'application obligatoire d'une *médecine officielle*? Qu'on le dise : ce sera franc, et les esprits fiers se garderont d'aborder une profession où la science se respecte si peu. Non, les partisans de la *médecine d'État* et des médecins d'État se garderont de démasquer ainsi leurs batteries, et il se fera un travail souterrain de taupe, sous le couvert de règlements de police : *l'opportunisme appliqué au soulagement de l'humanité souffrante*. Ce que je vois, comme conséquence rapprochée des propositions qui nous sont faites, c'est la difficulté croissante, pour le malade, de se faire traiter comme il l'entend, par le praticien qui lui convient, pourvu qu'il soit muni des diplômes nécessaires, voire même par un

homœopathe, chez lui et à ses frais, au milieu de ses parents et de ses amis, sans le contrôle inquisiteur et hostile (car il le sera) du médecin de la préfecture. Les vieux Français ont connu une vieille race de vieux médecins intraitables sur les questions d'*indépendance professionnelle*. Est-ce qu'il ne s'en fera plus, de ces fiers praticiens? Nous mènera-t-on à l'*hôpital obligatoire*, ainsi qu'à l'école obligatoire? Si encore les hôpitaux étaient libres? Mais en souffrira-t-on bientôt d'autres que ceux de l'Assistance publique? Il y a quelques années, j'adressais à un hôpital libre, pour être traitée dans une chambre particulière, une dame des plus aisées atteinte de variole hémorrhagique et, pour ne pas contaminer un fiacre, je demandai une voiture spéciale de la préfecture. Me croira-t-on quand j'ajouterai que le cocher, en vertu d'instructions reçues et ensuite avouées par lui, conduisit notre malade à *Saint-Louis*, hôpital des varioleux à cette époque, et que l'on dut, pour lui faire reprendre le chemin de l'hôpital libre, le gratifier d'un fort pourboire, le seul argument irrésistible pour un cocher. De telles prémisses ne sont guère rassurantes, et je reste inquiet.

Pour qui prend-on les médecins? Qu'on leur présente une série de mesures utiles : ils feront de leur mieux. Après que l'asepsie et l'antisepsie chirurgicales nous ont montré la puissance absolue des mesures préventives contre les accidents autrefois meurtriers des plaies et des opérations, ce serait folie de ne pas penser que l'on pourra prévenir, dans une certaine mesure, les maladies internes contagieuses. Donc, propreté et désinfection s'imposent : le médecin, conscient de ses devoirs, ne demande qu'une chose, c'est qu'on le laisse libre de choisir le désinfectant qu'il croira le meilleur en son âme et conscience, et il lui

suffira de savoir que le sulfate de cuivre, remède souvent indiqué dans le choléra, est tenu partout à la disposition du public. Il sait, d'autre part, où sont les hôpitaux et n'aura pas besoin qu'un confrère plus ou moins compétent, bienveillant ou non, vienne contrôler ce qu'il fait et ce qu'il pense. Gardez, Messieurs les hommes de gouvernement, pour vos fonctionnaires, que je plains de tout mon cœur, vos défiances, votre inquisition et votre système de *dénonciation jacobine*, et traitez le médecin comme un homme libre; relevez sa conscience et son initiative intelligente, au lieu de chercher à l'abaisser systématiquement. Ces considérations suffisent pour montrer le serpent caché sous les fleurs des bonnes intentions de nos réformateurs par trop *germanophiles*.

II

Quelques lignes suffiront pour tenir le lecteur au courant de la discussion non encore terminée sur la *dépopulation de la France*. Jamais le proverbe : *tout mauvais cas est niable*, n'a été mieux justifié, et tous les orateurs, s'ils en ont conscience, n'iront pas du moins jusqu'à avouer les véritables causes de notre décadence en ce qui concerne la natalité : de toutes les manières d'entendre le patriotisme, celle qui prévaut sur ce point est, à coup sûr, la plus mauvaise, et son vrai nom est *chauvinisme*.

M. Lagneau pense toujours que les deux éléments du problème, à savoir la *natalité* et la *mortalité*, ont une égale importance; qu'il faut chercher à diminuer l'une, tout en s'efforçant d'augmenter l'autre. Mais voici que M. Javal s'inscrit contre un optimisme aussi large, en montrant de son mieux que *tout ce que nous ferons pour diminuer la*

mortalité et la morbidité ne sera rien, en face de l'immense péril créé par la diminution de la natalité, due elle-même tant à la diminution du nombre des mariages qu'à celle de leur fécondité volontaire. Si M. Javal est dans le vrai sur ce point, que penser de l'opinion de M. Rochard, qui bondit à cette assertion, qui se bouche les yeux et les oreilles pour ne pas l'admettre? Il est très moderne, M. Rochard : la vérité qui gêne n'existe pas, et tout est dit. Il est donc convenu que nous n'en sommes pas réduits à ce degré d'impuissance, et que tout sera réparé si on arrive à diminuer la mortalité à tous les âges, et surtout celle du premier âge, y compris la mortinatalité illégitime, dont le taux croissant est tout ce qu'il y a de plus effrayant. M. Rochard est persuadé qu'il est encore temps d'aviser, que l'hygiène suffira à la tâche, avec de *bonnes lois*. Oh! le bon billet! Et l'Académie d'applaudir à outrance.

L'hygiène, les règlements, les mesures administratives : ils en sont tous là, M. Javal comme les autres, malgré sa compréhension nette et claire de la vraie question. Il ne s'illusionnait pas sur les causes, et quand il s'agit des remèdes, sa naïveté n'a pas de bornes. La *réforme de l'impôt* a surtout le don de le séduire : ainsi la suppression des taxes sur les objets de première nécessité, c'est-à-dire de la plus grande partie des contributions indirectes ; un système de *primes* pour les citoyens qui ont plusieurs enfants, et d'*amendes* pour ceux qui n'en ont pas (voilà une mine inépuisable pour les vaudevillistes!), la conversion de l'impôt mobilier en impôt sur le revenu, avec dégrèvement proportionnel des familles nombreuses; la réduction du service militaire et le placement des fils aînés dans la première partie du contingent; la modification des lois successorales, dans le sens d'une plus grande liberté

laissée au chef de famille. Que répondre, sinon que la bonne foi de M. Javal est admirable? A quoi bon répéter ce que nous avons déjà dit et redit, à savoir que le mal est plus haut et au-dessus des lois.

III

Un cas de persistance du canal de Nuck est toujours un fait assez intéressant pour être rappelé, et c'est ce qu'ont pensé M. G. Richelot, qui en a adressé l'observation à l'Académie, et M. Tillaux qui l'a rapportée. Une jeune fille de dix-neuf ans avait donc une tumeur de l'aine droite, faisant saillie au sommet de la grande lèvre, et réductible : le chirugien crut à une hernie, et, cédant aux instances de la malade, proposa la cure radicale. Le sac est disséqué jusque dans la profondeur du canal inguinal, puis ouvert ; on y constate plusieurs diverticules et des cloisons incomplètes, une communication excessivement étroite avec la cavité péritonéale, de sorte qu'il était impossible que cet orifice livrât passage à une anse intestinale ni à de l'épiploon. M. Richelot place une ligature le plus haut possible et enlève le sac tout entier : pansement antiseptique et guérison le dixième jour. Etant donné ce simple petit pertuis de communication avec la cavité péritonéale, il ne pouvait s'agir que d'une hydrocèle congénitale, que l'on ne peut comprendre que par la *persistance du canal de Nuck*, la cavité en ayant toute la conformation. Il ne peut être question, comme dans la plupart des observations données comme persistance du canal de Nuck, d'un ancien sac herniaire deshabité ; mais c'est aussi la première fois sans doute que la preuve est faite sur le vivant, par une opération chirurgicale dont la

valeur démonstrative est supérieure à celle d'une dissection sur le cadavre. Impossible d'adopter ici l'opinion de M. Duplay, lequel veut que les prétendues hydrocèles congénitales de la femme soient des hydrocèles herniaires, ou des kystes simples de la grande lèvre. De telles opérations sont aujourd'hui inoffensives, tandis que, jadis, on n'aurait pas eu assez de paroles de blâme pour une opération dite de *complaisance*.

IV

L'observation de *cholécystectomie* que communique aujourd'hui M. Terrier semble être la cinquième qui se soit pratiquée en France : deux par l'auteur, deux par M. Michaux, une par M. Périer.

Une dame de 56 ans souffrait périodiquement de coliques hépatiques depuis 26 ans, avec ou sans obstruction du canal cholédoque, lequel cependant, depuis trois mois, était obstrué avec un ictère constant : la vie de la malade devenait impossible et le taux de la nutrition était descendu à 6 grammes d'urée par vingt-quatre heures. L'opération résolue a été faite le 7 juillet dernier, en commençant par inciser la vésicule, dont l'excision ne fut, comme toujours, décidée qu'à la fin. Ce réservoir ne contenait plus de bile ; le canal cystique déformé, infléchi et tortueux étant oblitéré par des calculs volumineux, enchatonnés dans des sortes d'ampoules. M. Terrier eut une peine infinie à extraire ces calculs qu'il lui fallut poursuivre jusque dans le canal cystique ; cependant il les enleva tous avant de retrancher la vésicule, de peur d'être exposé à lier le canal en deçà d'un calcul, ce qui eût évidemment laissé les choses en l'état. Ce n'est donc

qu'après avoir complété l'extraction qu'il fit la ligature du conduit cystique aussi loin que possible et excisa la vésicule qu'il avait dû auparavant disséquer entièrement. Le cholédoque ne renfermait pas de concrétions, de sorte que, comme la bile ne coulait pas dans l'intestin, il était ou comprimé par les calculs voisins, ou bien oblitéré par l'inflammation. S'il en avait été autrement, le cholédoque eût dû être incisé pour livrer passage aux concrétions, et les suites n'eussent pas été très différentes de celles que nous allons voir. J'arrive donc aux suites, renvoyant le lecteur au *Bulletin de l'Académie* pour les détails et la technique opératoire, que l'expérience ultérieure a besoin de perfectionner.

Prudemment, M. Terrier avait placé un gros drain correspondant au hile du foie et à la section cystique, et cela fut très heureux, car le lendemain, le pansement fut inondé de bile : il en fut ainsi pendant trois semaines, après quoi la fistule biliaire se trouva définitivement oblitérée. Il importe d'ajouter que l'opérateur, dont on ne saurait trop louer l'esprit de prévision exact, avait comme isolé, dans le péritoine, une sorte de canal autour du drain, en prenant soin de suturer une lame d'épiploon au bord de la plaie péritonéale. Pendant le cours même de la fistule biliaire, les matières fécales ne reprirent pas moins leur coloration normale, quoique lentement. Bref, non sans des symptômes généraux tout d'abord assez alarmants, le retour à la santé s'est opéré complètement et n'a pas excédé un mois. Le point véritablement remarquable est *l'innocuité de la bile par rapport au péritoine*, chez l'homme aussi bien que pour les animaux, au sujet desquels on l'a démontré depuis assez longtemps : M. Laborde l'a rappelé à l'Académie, et la chose ne souffre pas

de doutes. Cela donne une grande sécurité pour poursuivre ces délicates opérations, que la plupart de médecins sont, à l'heure qu'il est, d'accord pour approuver et solliciter au profit de leurs malades. Toutefois, il ne faudrait pas conclure de ces propriétés inoffensives de la bile à la suppression du drainage, la bile devant forcément avoir un écoulement au dehors, jusqu'à ce qu'elle ait repris son cours naturel. Mais, pourvu qu'on imite M. Terrier, on peut vider, au besoin, le cholédoque des calculs qu'il renfermait, en le laissant simplement ouvert. Rien n'est plus curieux que ce fait signalé en premier lieu par les physiologistes, c'est-à-dire la facilité avec laquelle se guérissent les fistules biliaires et se rétablit le cours régulier de la bile, même après la ligature du canal cholédoque. Les canaux biliaires sont très friables ; mais l'innocuité de la bile vis-à-vis du péritoine, et la facilité de la réparation des canaux avec le rétablissement de leur calibre, sont deux circonstances providentielles qui viennent effacer cet inconvénient et lui enlever sa gravité. L'intervention chirurgicale est, par conséquent, absolument justifiée, et on y aura recours de plus en plus ; le manuel opératoire se perfectionnera au fur et à mesure de la révélation des circonstances diverses et des complications qui se présenteront, dans une affection dont les variations anatomiques sont fatalement fort nombreuses.

Reste à bien poser les indications de l'intervention sanglante. Provisoirement, il semble que le recours au bistouri sera autorisé toutes les fois qu'avec des accidents persistants de lithiase biliaire, la nutrition sera sérieusement compromise et la vie menacée ; mais il faudra que le malade ait été observé pendant un temps très long, que tout ait été traité dans l'ordre des moyens médicaux, de

manière à être certain, autant que cela peut se savoir en médecine, qu'il n'existe pas d'autres secours à espérer.

V

Dans la séance du 7 octobre, M. Nocard a lu un rapport sur un mémoire du Dr Peyraud (de *Libourne*), le même qui s'est fait connaître par ses *vaccinations antirabiques* au moyen de l'*essence de tanaisie*, mémoire concernant l'*étiologie du tétanos* et *sa vaccination chimique par la strychnine*. Depuis longtemps déjà, il défend cette théorie que « l'*organisme peut acquérir*, *par l'accoutumance à tel poison d'origine végétale*, l'*immunité contre telle maladie infectieuse dont les effets sont plus ou moins comparables à ceux du poison* ». J'emprunte cette phrase, sans y changer une lettre, au texte du rapporteur. C'est de l'*homœopathie* appliquée à la prévention des maladies. Il appelle cela « *vaccination* », bien à tort, à mon avis, et croit, en outre, que cette prophylaxie ne s'obtient que dans les affections dont une première atteinte met à l'abri d'atteintes ultérieures : or c'est une erreur manifeste en ce qui concerne le tétanos.

Frappé des *analogies du strychnisme avec le tétanos*, M. Peyraud, homœopathe inconscient, s'est appliqué à étudier son antidotisme, et voici comment il a procédé.

Il commence par injecter sous la peau de ses lapins, pendant cinq à six jours, une quantité de strychnine variable suivant l'âge des animaux et obtenue par tâtonnement : on s'en tient à la dose qui provoque des convulsions, estimant que cette dose approche de la dose toxique. C'est ainsi qu'il a trouvé des lapins qui supporteraient des doses quotidiennes de 10 gouttes d'une solution de strychnine à 1 p. 1000. Après ces inoculations, dans les

jours qui suivent immédiatement, il inocule un produit très virulent, emprunté à la terre ou à de la poussière de foin, mais renforcé et rendu plus fixe par le passage à travers plusieurs lapins. Les témoins, non strychninisés, ont tous succombé, mais trois sur dix des vaccinés ont également été trouvés morts. Dans une seconde série, où tous les témoins succombèrent de même, il mourut quatre sur sept des vaccinés : M. Peyraud conclut de là à l'efficacité de leur méthode.

Ces expériences ont été répétées par la commission de l'Académie, en deux séries également et sur des lapins dont les uns n'ont pas été influencés par la strychnine, tandis que les autres ont éprouvé des convulsions plus ou moins violentes. Mais, au lieu de pratiquer l'inoculation d'épreuve avec un virus douteux, on l'a faite avec une culture pure du *bacille de Nicolaier* : or, témoins et vaccinés, tous ont succombé rapidement, sans qu'il ait été possible de percevoir aucune différence entre les deux catégories de lapins. En conséquence, les espérances de M. Peyraud ne semblent pas être entrées dans la voie des réalisations certaines.

Si nous n'avons pas passé sous silence cet échec, apparent du moins, c'est qu'il nous semble qu'il y a autre chose à faire que ce qui a été tenté. A part l'intérêt théorique de la question toujours à l'étude des inoculations préventives, le tétanos est une des maladies qui, au point de vue de l'espèce humaine, a le moins besoin que la question soit favorablement résolue; car non seulement elle est rare, mais nous ne la connaissons en France que comme complication des plaies, et même l'asepsie rigoureuse est appelée à la faire disparaître ; personne ne songera à inoculer les opérés avec quoi ce soit, pour la pré-

venir. Rien donc de moins pratique que la prévention du tétanos. Ce qu'il faut, c'est guérir le tétanos qu'on observera encore de loin en loin sur les blessés. *La strychnine est incontestablement un médicament excellemment indiqué dans la maladie qui nous occupe, par la loi de similitude,* et il est facile de tracer un programme aux expérimentateurs de bonne volonté.

Qu'ils inoculent des cultures bacillaires pures à des lapins, et ils injecteront ensuite, soit pendant l'incubation, soit dès les premiers symptômes tétaniques, soit à diverses périodes du processus morbide, des solutions de strychnine à divers titres, voire même des dilutions, si cela ne les scandalise pas, et ils nous donneront le résultat de leurs observations. Je me trompe fort, s'il ne sort pas de ce programme d'expériences des résultats au moins intéressants. Les termes du problème sont renversés : mais on n'y perdra rien.

VI

A cause de son importance clinique, je résumerai très brièvement un travail de M. Iscovesco sur les effets, encore incomplètement connus, du *traitement par le séjour au bord de la mer chez les scrofuleux* : les plus grandes erreurs commises à ce sujet proviennent de la confusion des cas les plus divers, alors que l'action varie avec les affections à traiter. Il ne s'agit ici, bien entendu, que des observations faites à *Berck*.

On y voit souvent se développer des tuberculoses locales chez des enfants qui n'en présentaient pas à leur arrivée, ou de nouvelles affections tuberculeuses survenir sur des enfants qui en offraient déjà. Les *coxalgies* s'y aggravent

fréquemment, se prolongent et sont sujettes à des rechutes ; elles y deviennent douloureuses, et d'ailleurs toutes les douleurs s'y accroissent. Les résultats sont donc mauvais dans les coxalgies.

D'autre part, aucune action de la mer sur les *ostéites* ; mais il est juste d'ajouter qu'après les *opérations sur les os*, le séjour à Berck rend les récidives beaucoup plus rares et consolide la guérison, en amélioraut l'état général. Les *gommes tuberculeuses*, les *abcès* et les *adénites* ne sont pas influencés davantage : même remarque toutefois pour les suites après l'opération.

Il n'en existe pas moins des cas où la mer fait merveille : ce sont le *rachitisme*, le *lymphatisme sans lésions tuberculeuses* actuelles. C'est quelque chose, si surtout l'on y ajoute ce qui a été dit tout à l'heure, à savoir que les opérations y donnent des résultats supérieurs et plus durables.

Il ne faut pas oublier, au contraire, que *la mer est nuisible dans toutes les tuberculoses locales douloureuses ou à tendances inflammatoires*. En outre, dans les deux premiers mois, la mer augmente l'appétit et les forces ; mais au bout de deux mois, si le séjour se prolonge, les enfants retombent dans l'état primitif. Ces dernières conclusions surtout ne regardent peut-être que Berck, où la végétation est nulle et l'air exceptionnellement vif.

D[r] PIEDVACHE.

REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS

VALEUR DIAGNOSTIQUE DES RÉFLEXES TENDINEUX.

Nous extrayons d'un article du Dr Clarens Bartlett (1) des notions claires et précises sur la recherche des réflexes tendineux, et sur la signification que peut avoir leur état dans les troubles fonctionnels du système nerveux et dans quelques maladies générales.

Les réflexes tendineux peuvent être diminués ou augmentés : les plus importants à étudier sont le réflexe du genou et le réflexe plantaire.

Il est très important de procéder avec méthode dans la recherche de l'état des réflexes. La méthode la plus employée consiste à faire asseoir le malade, les genoux complètement à nu. Le membre à examiner est croisé sur l'autre de manière à ce qu'il tombe libre et sans raideur. Alors soit avec le bord de la main, soit avec un marteau à percussion, soit avec l'extrémité auriculaire d'un stéthoscope, on applique un coup sec sur le tendon rotulien juste au-dessous de son insertion à la rotule. Le genou doit être à découvert, car souvent la percussion à travers les vêtements demeure sans résultat. Le membre à examiner doit être bien fléchi, sans aucune raideur. Cet état est quelquefois difficile à obtenir ; on y parvient souvent en occupant par ailleurs le malade : par exemple en le faisant se tirer les mains, en le faisant compter à haute voix, en le faisant fixer attentivement un objet avoisinant. On en profite pour agir rapidement et la percussion donne alors tout son effet.

(1) The Hahnemannian Monthly, juin 1890, p. 366 et suiv.

Chez les personnes d'un embonpoint considérable on peut les faire asseoir sur le bord d'une table les jambes demeurant pendantes... Le Dr Bartlett signale encore plusieurs autres modes de recherche. Chez les personnes qui doivent demeurer couchées, on arrive à produire le réflexe tendineux de la manière suivante : la cuisse est fléchie sur le bassin à angle droit; la jambe sur la cuisse ; d'une main on soutient le pied légèrement comme s'il était appuyé sur un anneau ; de la main restée libre on pratique la percussion.

La présence du réflexe du genou est si constante qu'on peut établir comme règle générale que toutes les fois qu'il est absent, c'est une preuve d'un état pathologique. La lésion peut atteindre toutes les parties qui concourent à former l'arc réflexe. Ainsi la lésion peut se rencontrer soit dans les nerfs périphériques, soit dans la moelle ; le cerveau lui-même peut être quelquefois la cause de troubles réflexes. Parmi les lésions des nerfs périphériques est en première ligne la névrite du nerf crural antérieur. C'est ainsi que par suite de névrite le réflexe du genou disparaît quelquefois après la diphtérie et à la dernière période de la fièvre typhoïde. Par névrite encore il est absent dans la paralysie alcoolique, dans la paralysie arsenicale. On le trouve absent dans quelques cas de diabète. D'après Bouchard ce serait un signe d'un pronostic défavorable. D'après Rosenstein on ne devrait y attacher qu'une faible importance. Ce ne serait qu'un trouble d'innervation. La perte du réflexe du genou a été notée dans quelques cas de sciatique. Quand ce fait se présente on peut en inférer sûrement que le sciatique n'est pas seul malade. Les lésions de la moelle susceptibles de produire la perte du réflexe du genou occupent soit les racines pos-

térieures, soit les faisceaux latéraux, soit les cornes antérieures. Ce fait se rencontre dans l'ataxie locomotrice, dans la myélite antérieure aiguë, dans quelques cas de myélite et de ramollissement médullaire.

Dans toutes ces affections et particulièrement dans l'ataxie locomotrice, l'absence du réflexe du genou est un bon signe diagnostic. Dans l'ataxie il peut même être le premier et seul symptôme pendant assez longtemps. Une fois disparu il ne se reproduit plus jamais, de sorte que les cas dans lesquels les malades l'auraient recouvré, et considérés comme de l'ataxie, ne sont certainement pas du véritable tabes. Il se rencontre quelques cas de véritable ataxie dans lesquels le réflexe du genou, loin d'être disparu, est au contraire exagéré. Ce sont des cas complexes où l'ataxie se joint à la sclérose des cordons latéraux.

Dans la méningite le réflexe du genou est généralement absent. Cette absence permit un jour au Dr Bartlett de poser le diagnostic de méningite au début d'une affection douteuse. Un confrère et lui hésitaient entre la fièvre typhoïde et la méningite. La marche ultérieure de la maladie leur prouva qu'ils avaient eu raison de se prononcer en faveur de celle-ci, en se fondant sur l'absence du réflexe.

Dans la paralysie la perte du réflexe du genou démontre qu'elle est le résultat d'une lésion organique et non d'un trouble fonctionnel.

Dans quelques cas de tumeur cérébrale le réflexe est absent, bien qu'ici la règle soit au contraire de le trouver exagéré.

Bastian a appelé dernièrement l'attention sur ce fait que, contrairement à l'opinion généralement admise,

dans les lésions transversales et totales de la moelle, le réflexe disparaît, et il l'explique par la séparation complète qui existe alors entre les centres spinaux, et les centres cérébraux et cérébelleux..:

L'exagération du réflexe tendineux se manifeste surtout par le phénomène dit : « de convulsion du cou-de-pied ». Pour le produire l'opérateur place le talon du pied à examiner sur son genou, et d'une main soutient la jambe au niveau du creux poplité, le genou étant légèrement fléchi ; en même temps de l'autre main appuyée au niveau de l'extrémité inférieure du premier métatarsien, il fléchit fortement le pied sur la jambe de manière que le tendon d'Achille soit rigoureusement tendu.

Alors le pied est animé de mouvements oscillatoires très marqués qui se continuent tant que la pression est maintenue. Si l'on recherche l'état du réflexe du genou, on le trouve alors le plus souvent exagéré. Toutes les fois que « la convulsion du cou-de-pied » existe, on peut en inférer qu'il existe une lésion organique.

L'exagération des réflexes tendineux se rencontre surtout dans la sclérose disséminée. Nombre d'auteurs n'ont voulu voir là qu'un phénomène d'hystérie ; mais d'après Bartlett et Gowen, l'observation aurait démontré que tous ces cas considérés comme de l'hystérie sont réellement de la sclérose disséminée.

Dans la sclérose des cordons latéraux, l'exagération des réflexes se manifeste non seulement au genou et au cou-de-pied, mais au poignet, au coude, partout où il existe un tendon sur lequel on puisse frapper.

Au début du mal de Pott, dès que les produits de néoformations enveloppent et compriment les faisceaux latéraux, avant tout signe de paralysie, les réflexes sont exa-

gérés ; c'est donc un signe qu'il ne faut pas oublier de rechercher afin de confirmer le diagnostic ; on aura alors en agissant plus tôt d'autant plus de chance d'instituer une thérapeutique efficace.

Dans l'irritation spinale et les autres désordres fonctionnels de l'axe médullaire les réflexes sont exagérés, mais on remarque que dans ces cas les oscillations sont plus courtes et durent moins longtemps.

La recherche de l'état des réflexes est aussi importante dans les affections qui ont pour siège le cerveau lui-même. Dans l'hémorrhagie cérébrale les réflexes sont exagérés, et plus particulièrement du côté où siège l'hémiplégie. Dans la congestion apoplectiforme qui se rencontre spécialement dans le cours du tabes dorsal, ils sont abolis.

Les lésions syphilitiques du cerveau amènent aussi le plus souvent, mais non toujours l'exagération des réflexes.

Dans la paralysie générale des aliénés les réflexes sont augmentés au début. Quand dans la suite ils disparaissent, il devient évident que les lésions ont envahi les faisceaux postérieurs de la moelle.

Action physiologique et thérapeutique de la strychnine sur le système cérébro-spinal.

Dans le numéro d'octobre de ce journal, le Dr Marc Jousset signalait la communication, faite au congrès de Berlin, par le Dr Benedickt, de Vienne, sur l'action de la strychnine dans la chorée, et rappelait la parfaite homœopathicité du médicament.

Une communication non moins intéressante pour nous est le rapport adressé à l'Académie de médecine par le Dr Peyraud, de Libourne, sur la vaccination chimique du

tétanos par la strychnine et lu par M. Nocard dans la séance du 7 octobre.

Nous trouvons dans ce travail une nouvelle confirmation de nos pathogénésies, et un empiètement inconscient sur la loi de similitude. Aussi nous croyons bon de donner ici un extrait du compte rendu de la séance de l'Académie, publié par la *Semaine médicale* ; l'étude du travail qui va suivre permettra de nous expliquer les résultats contradictoires obtenus par M. Peyraud et par M. Nocard.

« Dans la deuxième partie de son travail, M. Peyraud s'efforce d'établir qu'il est possible de vacciner les lapins contre le tétanos : cette proposition semble *a priori* un peu surprenante, car on n'a réussi à obtenir des vaccins que pour les maladies qui ne récidivent point, or l'on sait que le tétanos ne rentre pas dans le cadre de ces maladies. Mais M. Peyraud emploie des procédés de vaccination si particuliers, et se base sur des faits si peu connus que ses propositions demandent un examen approfondi. Il soutient, en effet, cette théorie, que *l'organisme peut acquérir par l'accoutumance à tel poison d'origine végétale l'immunité contre telle maladie infectieuse dont les effets sont plus ou moins comparables à ceux du poison* (1).

Les effets toxiques de la strychnine sont, on le sait, assez analogues aux symptômes du tétanos, il en a conclu que cette substance pouvait, en y accoutumant l'organisme, le mettre à l'abri de l'inoculation du tétanos.

M. Peyraud dans ce but, emploie le procédé suivant: il injecte sous la peau, pendant cinq ou six jours, une quantité de strychnine, variant suivant l'âge des animaux, et déterminée

(1) Il est bon de rappeler que c'est ce même docteur Peyraud, de Libourne, qui fit en 1887 plusieurs communications sur l'action de l'essence de tanaisie, qui aurait la propriété de prévenir le développement de la rage. Voir *Art Médical*, 1887 2e vol. p. 402 et suiv.

par tâtonnements : puis il inocule aux animaux ainsi traités des doses de poison tétanique d'une virulence suffisante pour tuer les animaux non préparés. Sur quatorze lapins, dont dix étaient vaccinés, sept succombèrent au tétanos du cinquième au septième jour, à savoir les quatre témoins et trois des vaccinés. M. Peyraud explique la mort de ces derniers par ce fait qu'il leur aurait, le lendemain de l'inoculation, injecté sous la peau 1/2 milligramme de strychnine et que cette substance, injectée à ce moment, exagérerait les effets du tétanos au lieu de les atténuer.

..... J'ai repris (M. Nocard) ces expériences, mais en me servant non plus des échantillons de terre envoyés par M. Peyraud, mais de cultures pures de tétanos, cultures virulentes tuant dans un délai de trois à cinq jours tous les animaux inoculés : dans ces conditions, et en suivant le procédé d'injection de la strychnine décrit par l'auteur, j'ai constaté que les animaux témoins et les animaux préparés succombaient également tous.

. . . .

Il paraît donc impossible d'admettre les idées de M. Peyraud, etc.....

Il n'est nul besoin d'insister sur l'aggravation produite par la strychnine, chez les trois lapins vaccinés de la première série de M. Peyraud et qui ont succombé. Il y a là une aggravation médicamenteuse bien connue de ceux qui ont étudié la loi de similitude.

Doit-on admettre, comme M. Nocard conclut, que les essais de M. Peyraud sont sans valeur, parce que les expériences entreprises pour contrôler ses résultats ont été négatives. Nous verrons plus loin que le Dr Antonio Terry enseigne que la strychnine ne convient pas à tous les cas de tétanos, mais qu'elle a ses indications particulières et précises. Il n'est donc pas étonnant que les expériences de MM. Nocard et Peyraud soient contradictoires, d'autant plus que les substances tétanigènes injectées aux lapins étaient différentes d'autant plus encore que le

poison morbide ne constitue pas à lui tout seul la forme de la maladie et que le terrain joue aussi un rôle très important et imprime à la maladie une forme et un cachet particuliers. On oublie trop aussi que l'animal qui sert aux expériences n'est point une cornue mais un être vivant qui réagit et qui par là devient un facteur important du problème.

Nous arrivons maintenant à l'analyse du travail du Dr Terry (1); il étudie d'abord l'action physiologique du médicament, telle qu'on peut la décrire d'après les empoisonnements aigus et chroniques ; il compare ses effets à ceux de la noix vomique et nous donne ensuite les applications thérapeutiques aux affections de la moelle.

Dans les empoisonnements par les doses mortelles, voici ce que l'on observe ; l'absorption du médicament est rapidement suivie de convulsions tétaniques, auxquelles prennent part tous les muscles volontaires, avec des paroxysmes qui, d'abord éloignés, se rapprochent de plus en plus jusqu'à ce que la mort survienne par asphyxie ou par épuisement. Pendant tout le temps l'intelligence est conservée intacte. Les convulsions sont plutôt toniques ; les membres sont raidis, les mains serrées, les orteils et les pieds renversés, la tête tirée en arrière, et le corps entier fléchi en opisthotonos. Les muscles de la respiration sont contracturés, les muscles de l'abdomen sont durs et tendus ; souvent il se présente aussi des érections avec éjaculations, et des émissions d'urines et de matières fécales. La figure offre une expression grimaçante, sardonique.

Les crises se calment dans le repos complet ; la moindre excitation, surtout si elle est inattendue, peut les reproduire.

(1) The homœopathic Recorder, 15 july 1890, p. 153.

Les empoisonnements avec une dose encore plus forte amènent la mort plus rapidement sans qu'un certain nombre de ces symptômes aient pu se produire.

A l'autopsie, on trouve les méninges du cerveau et de la moelle congestionnées avec dilatation des vaisseaux et épanchement sanguin dans la moelle; mais l'action se manifeste surtout aux centres moteurs. De là cette tonicité, ces contractions qui atteignent les muscles, jusqu'à complète inhibition, cependant que le muscle conserve sa contractilité propre. Les centres vasomoteurs sont aussi influencés par la moelle : d'après Spitzka, il en résulte « une augmentation de la pression sanguine, une accélération du courant sanguin par contraction des artérioles », une dose plus forte paralyse les centres vasomoteurs au lieu de les exciter.

Nous devons encore à Spitzka des recherches sur l'empoisonnement chronique par la strychnine; il produit des symptômes très nets, soit de sclérose en plaque, soit de myélite; la faiblesse des contractions musculaires, l'ataxie avec tremblements et érections des papilles.

Les pathogénésies de nux vomica nous donnent d'ailleurs des symptômes très nets d'affections spinales. « Il manque de solidité et vacille sur sa jambe, se heurte les genoux, traîne les pieds. Tiraillements dans les muscles des cuisses et des mollets en marchant. Engourdissement et insensibilité des jambes; crampes dans les mollets, la nuit. Besoin soudain de se retenir en arrière en marchant, au point d'être obligé de s'arrêter, douleurs fulgurantes dans les jambes. Impatiences dans les jambes avant minuit, avec sensations agréables, voluptueuses, mais intolérables, qui empêchent de dormir et qui forcent le malade à se lever et à s'étirer les jambes. Impossibilité de

dormir par douleurs de la plante des pieds. Si nous ajoutons à ces symptômes la raideur des muscles du cou et du dos, les douleurs fulgurantes et dorso-lombaires, les érections douloureuses, la parésie du rectum, l'irritabilité du col de la vessie, la grande faiblesse, la dépression qui suit toute fatigue, il devient évident que la noix vomique est bien homœopathique aux affections de la moelle.

Or un alcaloïde a le plus souvent une action plus directe et plus intense que la substance dont il est extrait. Ce fait devient bien manifeste dans le cas de la strychnine où nous trouvons son action sur le système cérébro-spinal, plus marquée et plus profonde que celle de la noix vomique, le système du grand lymphatique excepté. Aussi est-il pour nous un agent thérapeutique de premier ordre, ainsi que la pathogénésie le fait prévoir, et que l'expérience clinique le démontre.

Trousseau a recommandé la strychnine dans la paralysie agitante, et Vulpian a publié une observation de guérison de cette maladie par le même médicament. La dose employée n'est pas mentionnée. Il est hors de doute qu'une telle guérison ne soit une application de la loi de similitude. Le médicament a cependant été inefficace dans le plus grand nombre des essais. La raison s'en trouve dans les trop fortes doses employées et qui loin de guérir, ont presque toujours produit une aggravation marquée.

C'est encore Trousseau qui, le premier, chez les allopathes, recommande la strychnine dans la chorée, et dans nombre de cas, elle amena la guérison. Il importe de faire remarquer que la strychnine ne convient pas à toutes les chorées indistinctement. Elle se montre surtout utile et est strictement homœopathique dans les cas particuliers qui relèvent probablement d'une lésion du système céré-

bro-spinal, telles que ceux dans lesquels Dockinson a trouvé des hémorrhagies de la moelle, de la dilatation des petits vaisseaux sanguins et, dans les cas les plus anciens de la slérose artérielle. Les régions cervicales et dorsales étaient plus atteintes que la région lombaire.

Le tétanos est sans contredit l'affection qui reproduit le mieux et le plus complètement les symptômes de l'empoisonnement par la strychnine. Dans les *New Remedies*, Hale, en 1875, a établi que cette médication avait été employée avec succès par les allopathes. Depuis lors le Dr Terry eut l'occasion d'étudier un certain nombre de cas à Cuba, tant traumatiques qu'idiopathiques et dans le tétanos traumatique il obtint de magnifiques résultats avec la 3e trituration de strychnine. Plusieurs de ces cas ont été publiés dans *El Hahnemanniano*, 1878 et 1879. Depuis lors son expérience s'est étendue et il a reconnu que l'aconit convient mieux au tétanos idiopathique, surtout lorsque le malade perd conscience de son état. La strychnine convient surtout au tétanos traumatique, suite de blessures, par des clous, des esquilles, et contractées dans un temps humide et pluvieux. Une caractéristique du médicament, et qui le distingue encore de l'aconit, est la conservation de l'intelligence chez le malade. Si le tétanos résulte d'une large blessure, hypericum est utile après l'échec de la strychnine.

Dickinson, Fox, Allbut, Michaud, ont trouvé aux autopsies les vaisseaux sanguins dilatés, avec épanchement périvasculaire, ou rompus par place, des hémorrhagies, des noyaux de dégénérescence granuleuse.

Ces lésions ne sont-elles pas une preuve de plus de l'homœopathicité de la strychnine au tétanos : similitude de lésions et similitude de symptômes.

L'auteur rapporte ensuite deux observations qui sont probablement : la première une inflammation chronique de la moelle, la seconde une ataxie locomotrice au début ; dans les deux cas la strychnine donna très rapidement une complète guérison. Nous n'avons pas besoin d'insister sur ces faits. Notre maître, le Dr P. Jousset, nous a dès longtemps initié à cette action de la strychnine, qu'il alterne d'ailleurs avec l'atropine.

Il ressort bien de ce court exposé que la conclusion du travail du Dr Terry est parfaitement justifiée : la strychnine est un des agents thérapeutiques les plus importants dans le traitement des affections de la moelle, soit aiguës soit chroniques. L'étude plus approfondie de ce médicament nous démontrera de plus en plus que les applications heureuses faites par les allopathes relèvent toutes de la loi de similitude.

Dr Sourice.

Le Directeur-Gérant. P. Jousset.

Paris. — Imp. A. DAVY, 52, rue Madame.

L'ART MÉDICAL

DÉCEMBRE 1890

THÉRAPEUTIQUE

LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE, DU PROFESSEUR R. KOCH.

Que la phthisie soit curable, le clinicien n'en peut pas plus douter que l'anatomo-pathologiste, et ce qui est vrai de la phthsie ne l'est pas moins des autres tuberculoses viscérales: pour les tuberculoses externes, les guérisons étant plus objectives, sont plus fréquemment vérifiées. Qu'avec l'hygiène, la thérapeutique proprement dite soit en mesure de revendiquer une plus ou moins grande part dans le résultat, nul n'y contredira davantage. Nous trouverons encore l'unanimité, dans toutes les écoles, pour convenir que le pouvoir de nos ressources médicales, même en y joignant celles de l'hygiène, est fort limité, que le contrôle manque trop souvent pour en apprécier l'influence à sa juste valeur, sans compter que les remèdes sont nombreux, difficiles à individualiser et que cette individualisation est toujours nécessaire. Bref, malgré beaucoup de sauvetages individuels, malgré les progrès immenses de la chirurgie, qui opère aujourd'hui avec succès un nombre considérable de tuberculoses externes, malgré tant d'efforts et de dévouements, la tuberculose continue à nous décimer. Si la noble ambition de faire davantage, de faire infiniment plus, n'a jamais cessé de hanter le cœur et l'esprit des médecins, il faut bien avouer que ce zèle jadis latent, a pris une surprenante intensité

depuis que la microbiologie a donné un corps et un but à l'ancienne idée un peu délaissée de la spécificité thérapeutique, idée que le langage du jour traduit ainsi: tuer le bacille de la tuberculose, ou s'opposer à sa germination; et voilà qu'une armée de travailleurs s'est ruée sur cette tâche, dans tous les pays, car c'est une rivalité de peuple à peuple. Plaise à Dieu qu'il n'y en ait plus jamais d'autre!

Sur ce terrain, où la victoire est plus tentante que sur un champ de bataille, serons-nous encore une fois battus? L'avenir nous l'apprendra. Sommes-nous en présence d'une illusion ou d'une des plus grandes conquêtes que l'homme ait encore faites sur la mort? Ce ne serait pas la première fois qu'une théorie fausse aurait été le point de départ d'une découverte de premier ordre. On trouvera toujours un sceptique pour prétendre qu'il ne s'est pas encore rencontré de théorie vraie, que toute théorie n'est autre chose qu'un instrument dont l'effet inconscient est de remuer des idées et des faits: les découvertes faites, la théorie disparaît, comme un instrument désormais inutile, ainsi qu'un vêtement usé. Quoi qu'il en soit, voici un résumé fidèle, que je fais avec le texte sous les yeux, de la communication de *M. le Professeur KOCH*, parue le 14 novembre à Berlin et le 15 à Paris, avec l'autorisation de l'auteur.

La nature du remède ne nous est pas encore révélée; mais il est juste de reconnaître à l'auteur une loyauté si frappante dans l'annonce des résultats probables, qu'on aurait mauvaise grâce à ne pas lui faire crédit jusqu'au moment qu'il croira opportun pour tout dire. Je trouve en effet dans son travail et je transcris cette note: « Il faut faire encore quelques réserves, attendu qu'actuellement il

n'y a pas et il ne peut y avoir encore d'expériences décisives permettant de savoir si la guérison est définitive. Il va de soi qu'on ne saurait exclure encore à présent la possibilité d'une récidive. On peut fort bien admettre toutefois que l'on viendrait à bout des récidives aussi aisément et aussi rapidement que de la première atteinte.

« Il se pourrait aussi, d'autre part, que les individus une fois guéris aient acquis une immunité durable, analogue à celle qui s'observe à l'occasion d'autres maladies infectieuses. C'est là également une question qui doit demeurer ouverte. »

L'avenir réservé pour les conclusions définitives, quels sont les faits semblant actuellement acquis? Résumons donc aussi clairement que possible la longue communication du D[r] Koch.

Au moment du dernier *Congrès de Berlin*, il n'était encore arrivé qu'à rendre les animaux indemnes contre les inoculations bacillaires, et même à arrêter le processus tuberculeux chez des animaux déjà atteints. Depuis lors, il a poursuivi des expériences sur l'homme, et il aurait préféré différer la communication des résultats, si l'on n'en avait tant parlé qu'il était impossible de différer davantage. Sur le remède lui-même et sur sa composition, il ne peut encore rien dire; c'est cependant un liquide limpide, brunâtre, facile à conserver, que l'on dilue avant de s'en servir; les dilutions à l'eau distillée étant toutefois très altérables, doivent être stérilisées par l'addition d'un peu d'acide phénique. Il est néanmoins préférable de se servir de dilutions fraîches. Sans action par la bouche, le remède est employé en injection sous-cutanée; le lieu choisi est la région lombaire ou la peau du dos entre les omoplates; l'instrument une petite

seringue à ballon de caoutchouc, facile à nettoyer avec de l'alcool absolu.

L'homme réagit contre cet agent d'une manière importante et facile à constater ; il est infiniment plus sensible que le cobaye, étant impressionné par une dose absolument inerte pour le petit animal. Recherchant l'effet de son liquide non dilué sur l'homme sain, M. Koch s'en est fait à lui-même une injection de 0,25 centigrammes et voici ce qu'il a observé : « Trois ou quatre heures après l'injection, tiraillements dans les membres, disposition à tousser, dyspnée, symptômes qui augmentaient rapidement ; dans la cinquième heure, frisson très violent, durant presque une heure ; en même temps, nausées, vomissements, élévation de température jusqu'à 39°,6 : au bout de douze heures, ralentissement de tous les symptômes, et le lendemain la température était normale. Pendant quelques jours cependant, lourdeur et lassitude dans les membres, rougeur douloureuse autour du point d'injection. »

La dose minima susceptible d'impressionner l'homme adulte sain paraît être de 1 centimètre cube de la dilution au 100^{me} du liquide originel. Les réactions sont les mêmes chez les malades de tous genres, excepté toutefois chez les tuberculeux : la dose minima de 1 centimètre cube de la première dilution ne provoque en général, chez les uns comme chez les autres, qu'une réaction très légère. Mais il n'en va pas de même chez les tuberculeux, et c'est là le point capital, la preuve de l'affinité singulière et unique du remède pour la tuberculose. Le tuberculeux, en effet, éprouve une réaction extrêmement intense de la même dose, réaction tant générale que locale, et souvent des symptômes graves.

Les *phénomènes généraux* débutent par un frisson intense, et la température peut monter jusqu'à 41°; courbature excessive, toux douloureuse et vomissements; quelquefois léger ictère, plus souvent éxanthème rubéolique au cou et à la poitrine. L'accès de fièvre commence quatre ou cinq heures après l'injection et dure douze à quinze heures. Retarde-t-il, l'accès est moins intense; quand il est terminé, les malades se trouvent déjà mieux.

Les *phénomènes locaux* provoqués par l'injection sont surtout visibles dans les *tuberculoses externes*, et particulièrement dans le lupus tuberculeux. Quelques heures après l'injection de la partie la plus éloignée que l'on voudra de la région atteinte, et d'ordinaire avant le frisson, cette région commence à gonfler et à rougir, puis avec la fièvre, gonflant encore davantage, prend une coloration brun rouge et devient nécrosique, en s'entourant fréquemment d'une auréole blanchâtre, laquelle, à son tour, est entourée d'une zone rouge vif. Le gonflement dure deux ou trois jours: alors les foyers lupeux sont recouverts de croûtes, sous lesquelles on trouve des eschares; celles-ci tombent spontanément au bout de deux ou trois semaines, laissant voir une cicatrice lisse et rouge. Généralement toutefois, il faut plusieurs injections successives et espacées avant d'obtenir une cicatrisation complète et solide. Les adénites et les arthrites tuberculeuses ont offert des réactions locales analogues : c'est une loi qui n'a souffert que de rares exceptions.

L'action locale est plus difficile à observer dans la *tuberculose pulmonaire*: il n'y a pas moins, avec la fièvre, augmentation de la toux et des crachats. J'ajouterai qu'il me paraît même difficile a priori que les signes stéthoscopiques ne soient pas modifiés.

Ce fait, qui paraît solidement établi, des effets généraux et locaux des petites doses du liquide de Koch dans les affections tuberculeuses seulement, ce fait, dis-je, doit être et est en réalité, un *moyen infaillible de diagnostic* dans les cas douteux, lorsque l'on craint un foyer latent ou mal éteint. La suite des études de l'auteur lui a permis de mettre en évidence l'excellence de ce moyen, dans des cas où la recherche du bacille était impossible ou infructueuse.

Lorsqu'il a cherché à se rendre compte du mode d'action de son liquide, il a constaté que les bacilles ne sont pas détruits: ils ne disparaissent qu'après la guérison du tissu malade. C'est le tissu tuberculeux qui est détruit ou profondément modifié par suite de changements profonds dans sa nutrition. Mais la première condition est que les tissus soient vivants; il n'y a aucune action sur les tissus mortifiés, tels que les produits caséeux, les os nécrosés. Il résulte de là que, dans les tuberculoses externes, l'intervention chirurgicale peut-être préparée et soutenue, assurée même contre les récidives, mais non supprimée.

Dans tous les cas, la dose tolérée croît très rapidement, à mesure que l'on continue les injections; la croissance est telle que dans le courant de trois semaines, la dose a pu être augmentée jusqu'à 500 fois. Cela ne peut guère s'expliquer par l'accoutumance: l'explication proposée est que la réaction s'affaiblit au fur et à mesure que diminue l'étendue du tissu tuberculeux à détruire. On doit estimer, par contre, que la guérison est complète à partir du moment où la réaction est la même, à dose égale, que celle de l'homme bien portant.

Voici d'ailleurs comment s'est conduit le médecin de

Berlin au sujet de la répétition des doses. A presque tous les *lupeux* il a injecté la dose entière de 1 centigramme, et la même encore après deux ou trois semaines, en continuant de la sorte jusqu'à l'absence de toute réaction thérapeutique. Jusqu'ici deux guérisons complètes, de nombreux malades en voie de guérison ; dans des tuberculoses ganglionnaires, osseuses et articulaires, l'amélioration est survenue de même, rapidement pour les cas légers, lentement pour les cas graves.

Les *phthisiques* sont infiniment plus sensibles à l'action du remède, et beaucoup d'entre eux éprouvent des effets très intenses d'une première injection de 1 *millimètre cube*, quantité qui devient ainsi la *dose initiale*. Si elle est suivie d'une élévation de température, on injecte chaque jour la même quantité jusqu'à ce qu'il ne se produise plus de réaction. Alors on passe à deux millimètres cubes, en suivant la même règle, et on arrive ainsi successivement, par échelons, à dépasser un centimètre cube ; mais chez des phthisiques peu avancés et vigoureux, il est possible d'aller plus vite, et le résultat est plus rapide. Comme nous l'avons dit, la toux et l'expectoration sont d'abord augmentées, puis diminuent après les premières injections, pour disparaître ensuite graduellement. Le nombre des bacilles ne commence à baisser que quand les crachats sont devenus muqueux : à ce moment, ils disparaissent pour un temps et reparaissent par intervalles jusqu'à la cessation de toute expectoration. Ce résultat, coïncidant avec le retour apparent de la santé complète, a été observé jusqu'ici chez tous les malades traités dans le stade initial de la phthisie pulmonaire, après constatation des bacilles. Ont été encore considérés comme guéris des tuberculeux à petites cavernes ; mais ce n'est que

pour les tuberculoses initiales que l'on peut dire que la guérison sera obtenue d'une manière certaine. Il est douteux, par contre, que les cachectiques, à grandes cavernes, puissent obtenir un résultat durable de quelque valeur et cela tient vraisemblablement, pour une part, à ce que les tissus nécrosés ne peuvent être éliminés. Peut-être aussi un jour, quelque intervention de la chirurgie thoracique viendra-t-elle à l'aide de la thérapeutique médicale.

Quoi qu'il en soit, la conduite du traitement est chose difficile, variable suivant chaque cas et demande le plus grand tact. Pas de formule générale : voilà ce qui résulte tout d'abord de la communication de M. Koch. Le second fait à retenir, nous l'avons vu, c'est la nécessité de l'intervention précoce. on ne devra donc plus, dans l'avenir, laisser se développer ces formes négligées et graves qui sont le désespoir de la thérapeutique, en même temps que la source possible de contagions sans cesse renouvelées.

J'ai résumé fidèlement, et peut-être avec clarté, le texte de M. Koch : avant d'y rien ajouter, sachons attendre, en expérimentant nous-mêmes, directement si nous le pouvons. J'entends déjà des esprits pleins de zèle invoquer à ce sujet la loi de similitude : c'est véritablement aller trop vite. Je ne ferai donc qu'une remarque, et elle me semble capitale : c'est que la médication n'est pas parasiticide : les bacilles évoluent, pendant la cure, comme tout *produit morbide* qui, au lieu d'être le générateur du processus, en est simplement la conséquence, et c'est ce que toujours nous avons voulu démontrer, parce que telle est notre ferme conviction par rapport aux éléments anatomiques connus sous le nom de microbes. Cela ne

nous empêche pas, bien au contraire, d'avoir les yeux ouverts sur ce qui adviendra du traitement de Koch: *guérir les malades*, cela seul.importe.

Depuis la communication de M. Koch, nous avons eu connaissance, par l'intermédiaire de correspondants envoyés par des journaux de médecins français, d'assez nombreux *faits cliniques* qui, en définitive, ne nous apprennent rien de nouveau, puisqu'ils sont contemporains du savant allemand, qui a précisément résumé les faits dont il s'agit. Von Bergmann a surtout présenté à sa clinique des cas de lupus améliorés ou guéris; mais aussi il a fait faire devant ses auditeurs, une série d'injections sur des malades nouveaux: c'est surtout le long du rebord vertébral de l'omoplate que les piqûres sont pratiquées, et le liquide, paraissant incolore, est poussé très profondément. La *valeur diagnostique* de la méthode a pu être appréciée dans ces démonstrations publiques. Chez une femme, par exemple, porteuse d'un lupus, le genou droit, qui paraissait indemne, a présenté une réaction très vive; il en a été de même d'une ancienne arthrite du poignet droit que l'on croyait guérie. Un homme portait une tumeur de la joue sur la nature de laquelle on hésitait; l'absence de réaction à la suite d'une injection a démontré qu'il ne s'agissait pas d'une affection tuberculeuse.

La Société de médecine interne de Berlin s'est occupée du traitement de la tuberculose pulmonaire par la méthode de Koch. M. Frantzel a étudié un certain nombre de malades, dont il a lu les observations, et qui semblent tous avoir été assez promptement améliorés. Les premières injections ont déterminés, avec des doses faibles, une réaction intense: dyspnée plus forte, râles plus nombreux, expectoration plus abondante et plus chargée de bacilles;

puis amendement progressif. Mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que les bacilles expectorés à la fin du traitement sont grossis, quelques-uns en forme de massue, et présentent, dans certains cas, un double contour réfringent tout spécial ; et enfin ils ne se colorent plus. A noter encore que, *tant qu'il y a des bacilles, ils n'ont point perdu de leur virulence* : je le répète, cette affirmation de M. Frantzel a la plus grande importance, elle est capitale.

On a vu également des phthsiques à la clinique de M. Lévy et constaté que des cas de phthisie commençante ont été guéris par le traitement ; en second lieu, l'importance du traitement, au point de vue du diagnostic, a été encore une fois de plus démontrée. Pour entrer dans cette voie en même temps que les savants allemands, il ne nous reste qu'à connaître la composition du liquide des injections, et à savoir où nous en procurer, après quoi j'espère que nous n'aurons pas à marchander nos éloges à M. Koch : s'il réussit définitivement, son nom devra être inscrit à côté et peut-être au-dessus de celui de Jenner.

Plusieurs cas de mort ont été signalés, sans grands détails d'ailleurs : il fallait s'y attendre avec une méthode fort active et des tâtonnements sur des malades parfois in extremis. Cela n'est point fait pour décourager, et il n'est pas dit, au surplus, que la provocation de réactions vives, telles que celles que M. Koch a recherchées jusqu'ici, soient nécessaires à la guérison. Si la méthode est véritablement curative, il sera toujours possible de la rendre inoffensive.

Dr Piedvache.

TRAITEMENT DE LA PHTHISIE.

Y a-t-il un sujet dont on ait plus parlé, écrit, discuté, que celui de la phthisie. Pourtant le traitement de cette maladie terrible est encore bien imparfait, laisse beaucoup à désirer et les nombreuses victimes qu'elle emporte chaque année en sont une preuve évidente.

Jusqu'à ce moment on parvenait aux meilleurs résultats à l'aide de la climatothérapie et d'essences balsamiques, comme guiajacol, menthol, créosote, etc., lesquelles étant absorbées par l'organisme selon l'avis d'allopathes tuent les bacilles en exerçant une influence heureuse sur l'état du malade.

Si nous considérons pourtant quelle petite quantité d'essences balsamiques les allopathes appliquent à l'intérieur du malade, en admettant même qu'elles s'unissent entièrement avec notre organisme, nous devons convenir que, comparées avec la quantité de liquide qui se trouve en nous, elles ne peuvent y amener que des dilutions si faibles qu'on ne saurait même reconnaître leur propriété antiseptique.

De cette manière, si une amélioration se produit grâce aux essences balsamiques prises à l'intérieur, elle ne dépend nullement de leur action antiseptique, mais on peut la regarder comme résultat de ceci seulement qu'une petite quantité des essences en question est exhalée par les poumons.

Tous les allopathes jusqu'à aujourd'hui en traitant la phthisie réunissent toute leur attention et tous leurs efforts pour tuer les bacilles dans les poumons; cependant tous ces essais ont échoué complètement.

Il n'y a qu'à mentionner la méthode de Weigert dont toute la presse, en général et spécialement, s'occupait avec tant de zèle.

Les expériences de Cornil, Babes, Varvikof et d'autres encore, prouvent qu'il est impossible de tuer les microbes dans l'organisme vivant à moins de le tuer lui-même.

Notre devoir en traitant la phthisie est de ne pas chercher à tuer les bacilles comme font les allopathes mais à tâcher de fortifier le tissu pulmonaire de manière qu'il devienne un sol défavorable au développement des microbes (1).

Pour parvenir à ce but désiré il faut administrer une espèce de gymnastique rationnelle aux poumons à l'aide d'un appareil bien simple que l'on peut facilement appliquer et essayer dans la pratique médicale.

Depuis trois ans j'emploie avec succès la méthode suivante :

1) Au mépris d'usage généralement adopté je défends toute boisson spiritueuse comme : bière, vin, eau-de-vie, etc., tout cela est nuisible aux malades, selon mon opinion.

2) Je tâche surtout de les virifier en leur recommandant dans ce but : le lait frais, ou bien le petit gruau, le sagou, le riz au lait, les œufs à la coque, les huîtres et les fruits. Ces aliments substantiels s'assimilent et se digè-

(1) Si nous admettons que le sublimé, un des plus fort remèdes antiseptiques, tue les microbes dans la dilution 1 : 20,000, alors pour parvenir au même degré dans l'organisme humain pesant 150 livres, il faudrait prendre à l'intérieur 52,5 grammes de sublimé. Même si la dilution 1 : 300,000 les tue il serait nécessaire de faire couler dans l'organisme une quantité de 3,5 grammes de sublimé, ce qui est tout à fait impossible. (*The Lancet*, 1888, vol. I, page 513.)

rent facilement, sans irriter pour ainsi dire les sucs de notre organisme.

3) Je prescris aux malades de faire chaque heure, plus ou moins, des inhalations qui doivent durer dix minutes; en commençant par deux on parvient jusqu'à ce nombre. L'appareil (1) qu'on emploie pour cette opération est bien simple, il se compose d'une bouteille à base large et goulot étroit fermé d'un bouchon de caoutchouc traversé par deux tuyaux de verre ouverts de deux côtés. L'un d'eux doit être plus long touchant le fonds de la bouteille, l'autre plus court s'unit à un tuyau de gomme terminé par un bout de caoutchouc, que l'on approche de la bouche pour faire l'inhalation.

La bouteille doit avoir une base large pour que la surface du liquide soit la plus grande possible et son évaporation plus forte ; d'ailleurs cette base solide empêche la

---

(1) La hauteur de l'appareil doit être de 0,17 centim., le diamètre de base 0,09 centim. et l'ouverture du goulot 0,03, celui des tuyaux de verre 0,008.

Dans la discussion qui s'éleva à la suite de ma conférence, le professeur Bäumler (de Freibourg), recommande à peu près les mêmes inhalations dans son établissement pour les malades poitrinaires. D'accord avec moi pour ce qui est de l'appareil et de la manière de traiter les malades, il m'a fait observer que les tuyaux dont je me sers sont trop étroits ; il les désire plus larges, pour que les malades atteints de courte haleine et d'oppressions de poitrine puissent aspirer dans les poumons une quantité considérable d'air à la fois. Selon mon avis ceci n'est point nécessaire ; le malade doit s'efforcer un peu pour aspirer l'air et ce léger effort lui est bien avantageux. On peut faire exception pour un malade respirant à peine mais dans ce cas désespéré, je doute fort que les inhalations mêmes puissent amener un bon résultat.

bouteille de se renverser. Dans cet appareil, il faut verser de l'eau pure (bouillie de préférence) assez, pour que le tuyau plus grand, y soit enfoncé à un demi-pouce, plus ou moins, en y ajoutant quelques gouttes d'essence balsamique, comme ol. cinamonis, ol. thymi, ol. menthæ pip. angl. (Mitcham), ol. eucalypti, creosotum fagi, caryophylorum, etc. Je sais par expérience, que les malades préfèrent les deux premières aux autres ; s'il arrive pourtant qu'un individu ne peut supporter une d'elles il faut y mêler quelques gouttes d'ol. menthæ pip. anglicum. Je trouve inutile de communiquer ce qu'un malade ressent en aspirant l'air à l'aide de mon appareil, je me permets seulement d'ajouter qu'il doit subir les inhalations, lentement et profondément, comme on le fait malgré soi en soupirant aussi profondément que possible.

Le profit qui en résulte est le suivant :

1° Le malade en respirant profondément, fait subir à ses poumons une espèce de gymnastique en éloignant et changeant sans cesse, ce qu'on appelle l'air réservé dans les poumons ; en un mot leur ventilation est meilleure.

2° Il introduit avec l'air frais des petites quantités d'essences balsamiques dont l'influence salutaire sur la membrane muqueuse a été depuis constatée. Selon moi ces petites particules d'essences balsamiques parviennent de cette manière dans les poumons, en plus grande quantité que lorsqu'on les emploie à l'intérieur vu que dans ce dernier cas (1) une partie ne s'en absorbe point, la plus

---

(1) Mes expériences faites au laboratoire pharmacologique du professeur Thomas, à Varsovie, prouvent quelle quantité de remèdes balsamiques peut être aspirée par les poumons. A l'aide d'un appareil conforme, je faisais entrer dans une cloche

grande sort avec l'urine, et les poumons en exhalent la plus petite à peine.

3° Le traitement en question ne dérange point l'estomac, ce qui est bien important pour le malade, comme pour le médecin; tandis que les essences balsamiques administrées à l'intérieur, tôt ou tard, gâtent la digestion, et parfois deviennent tout à fait impossibles, pour les raisons individuelles du malade.

En soignant les malades de la manière ci-dessus mentionnée je parvenais à des résultats bien avantageux, même dans les cas graves ; notamment : *a*) la toux importune diminuait de plus en plus ; *b*) les crachats devenaient plus rares ; *c*) les malades se sentaient subjectivement mieux ; *d*) les maux du larynx passaient ; *e*) et quoique les changements locaux restaient toujours dans les poumons, les râles disparaissaient assez vite ; *f*) en général les malades reprenaient, ce que le poids de leur corps, augmentant peu à peu, prouvait le mieux ; *g*) je ne me suis jamais aperçu d'aucun mauvais résultat provenant les inhalations, même chez les personnes sujettes à l'hémorrhagie des poumons.

J'appuie mon raisonnement sur 100 accidents observés en général dont 4 fois j'ai pu constater strictement l'exacti-

---

de verre un torrent d'air considérable, en le faisant passer par une bouteille contenant quelques gouttes d'ol-menthæ pip. (Mitcham), avant qu'il eût le temps de parvenir dans la cloche qui avait un orifice en haut. Un lapin placé dessous, respirait cette atmosphère pendant deux heures chaque jour, ce qui m'a permis de constater que, dans quatre jours, l'urine contenait de l'albumine, et, dans huit, les cylindres s'y trouvaient en grande quantité.

tude. Quant aux laryngites et bronchites chroniques il n'y a pas de remède qui puisse agir mieux et plus vite que les inhalations indiquées : la même chose peut être appliquée dans le cas des bronchites accompagnées de bronchorrhée. Ceci a été communiqué au x[e] Congrès international médical de Berlin, le 7 août 1890.

Il n'y a plus, maintenant, que cette question à résoudre : quels remèdes doit-on appliquer à l'intérieur? Le D[r] Jousset conseille drosera parce que ce moyen a la propriété de provoquer, chez les animaux, des tubercules dans les poumons ; pourtant, tout en écartant certaines manifestations maladives, il est nul en présence de la maladie elle-même. Selon mon avis les meilleurs moyens dans le traitement de la phthisie sont les préparations d'or. En parcourant l'Encyclopédie of Drug Pathogenesy, edited by Richard Hughes and J.-P. Dake. London, vol. I, pag. 498-510-512, on y trouve : *Aurum chloratum* occasionne une fièvre spécifique, plus ou moins forte, accélère le pouls et amène une transpiration abondante, à l'odeur d'ammoniaque ou fétide, augmentant la nuit au point que tout le lit en devient humide ; parfois la quantité d'urine est grossie et une diarrhée apparaît. Ce remède amène des couleurs fiévreuses sur les joues, un fort rhume et bronchite avec une toux importune ; le crachat devient collant, blanc, parfois mêlé de sang, ou bien il est épais, d'une couleur jaune ; ensuite arrivent des étouffements, la voix devient enrouée et l'on éprouve une certaine difficulté dans le parler. L'activité et la température humide et fraîche amènent une aggravation. L'autopsie faite sur les animaux empoisonnés de cette manière par Orfila, montre que les poumons deviennent livides, à l'exception de quelques endroits restés roses ; le tissu

pulmonaire se fait dense, hépatisé, gorgé de sang et non crépitant; jeté sur l'eau, il coule au fond.

Telle est la pathogénésie d'aurum muriaticum, et voilà pourquoi, selon mon opinion, ce remède doit être considéré comme le plus convenable dans le traitement de la phthisie. C'est à peine si j'ai commencé à m'en servir dans ma pratique privée, les hôpitaux homœopathiques n'existant pas à Varsovie, aussi ce n'est pas encore le moment d'en citer des exemples ; je peux seulement ajouter que, grâce à son emploi, j'ai déjà obtenu des résultats encourageants.

D^r^ DREZEWIECKI,
Ancien chef de clinique thérapeutique
à l'Université de Varsovie.

POLÉMIQUE

HOMŒOPATHICITÉ DU MERCURE DANS LA SYPHILIS

Libéralisme de la *Presse médicale Belge*

M. le D^r^ Gailliard, de Bruxelles, vient de publier dans la *Presse médicale Belge* un article intitulé : *Mercure et Syphilis* ; dans cet article notre honorable confrère défend cette thèse : que le mercure est homœopathique à la syphilis, parce qu'il reproduit, chez l'homme sain, des phénomènes analogues aux symptômes secondaires de la syphilis.

En dehors de cette question de thérapeutique, nous voulons retenir et louer hautement le libéralisme de la *Presse médicale* « Belge », qui a bien voulu donner l'hospitalité de ses colonnes à un confrère dissident et qui,

par la plume de son secrétaire de rédaction, le Dr Boulangier, a eu le courage et le bon sens d'écrire les lignes suivantes :

« Nous n'admettons pas cette distinction d'allopathes
« et d'homœopathes entre les médecins ; nous ne connais-
« sons que deux courants : l'école médicale scientifique,
« positive, qui émane des faits, de l'expérimentation, de
« l'observation, et l'école des hypothèses métaphysi-
« ques. »

Cette proposition semble empruntée à notre École. En effet, il y a plus de trente ans que l'*Art médical* défend la cause de la thérapeutique expérimentale et positive, et, cependant, la plupart des médecins s'obstinent à fermer les yeux et les oreilles et s'ils consentent à s'emparer de nos médicaments, ils persistent à nous traiter comme des hérétiques. Nous avons dit la *plupart* des médecins, parce que nous sommes heureux de constater qu'un certain nombre de nos confrères veulent bien reconnaître la source des médicaments qu'ils nous empruntent et observent vis-à-vis de nous les règles de la confraternité.

Est-ce l'aurore de la justice pour des médecins qui depuis près d'un siècle travaillent à la constitution de la matière *médicale expérimentale* et des *indications positives* des médicaments? Nous voulons l'espérer. L'histoire de la médecine nous montre du reste de semblables évolutions et l'histoire du magnétisme nous présente un enseignement que nous désirons faire ressortir ici.

Le *magnétisme*, sous le nom d'*hypnotisme* et de *suggestion* a été remis en honneur par Charcot et son école et, dans les consultations entre professeurs et membres de l'Académie de médecine on discute sérieusement si, oui

ou non, on emploiera le magnétisme dans le traitement des maladies nerveuses !

Et cependant à combien de persécutions ont été en butte le magnétisme et les magnétiseurs. A la fin du siècle dernier, la Faculté de médecine faisait comparaître à sa barre une trentaine de docteurs suspects de *mesmérisme* et les obligeait sous peine de radiation, à signer une déclaration par laquelle ils s'engageaient à ne jamais adhérer au magnétisme animal ni par leurs écrits ni par leur pratique, et d'Eslon convaincu d'attachement invincible aux nouvelles doctrines, fut rayé du registre des docteurs régents. On n'a jamais osé prendre une mesure aussi inique envers les homœopathes.

Et l'Académie de médecine ! En 1831 une commission qui fonctionnait depuis six ans, lut à la docte Société un rapport favorable au magnétisme mais elle n'osa publier ce rapport. Dix ans après la réflexion était venue et en 1840, sur la proposition de Double après un nouveau rapport, cette fois défavorable, l'Académie décida que, « à « partir du 1er octobre 1840, elle ne répondra plus aux « communications concernant le magnétisme animal ; de « même que l'Académie des Sciences regarde comme « non avenues les communications relatives à la quadra- « ture du cercle et au mouvement perpétuel ».

Décision solennelle, mais qui, portant à faux, devait devenir ridicule.

La tyrannie odieuse des docteurs régents pas plus que les contradictions et la condamnation de l'Académie de médecine n'ont pu anéantir ce qu'il y avait de vrai dans le magnétisme animal. Les hypothèses et les théories dues aux illuminés allemands sont tombées dans l'oubli, mais les faits physiologiques et cliniques bien observés

ont pris rang dans la science et la déclaration de 1840 reste comme un modèle de l'intelligence des académies.

Il en sera de même de l'homœopathie, on oubliera les hypothèses du commencement mais on rendra justice à une École qui a fondé la thérapeutique sur la matière médicale expérimentale et sur la loi des indications positives.

Revenons à la question qui fait l'objet de l'article du Dr Gailliard, l'homœopathicité du mercure dans le traitement de la syphilis, et à l'observation du Dr Huckinson.

Le mercure produit sur l'homme sain un ensemble de symptômes qui rappellent jusqu'à un certain point, les accidents secondaires de la syphilis : sur les muqueuses, inflammations pultacées ulcéreuses dont la stomatite mercurielle est un type bien connu, ulcérations du pharynx, et des amygdales ; sur la peau, éruptions diverses provoquées même par l'usage interne comme le reconnaissent Nothnagel et Rossbach. Parmi ces éruptions, mentionnons : la roséole, l'érythème, l'herpès même *preputialis*, l'eczéma humide avec croûtes, l'impetigo du cuir chevelu et chute des cheveux, les engorgements ganglionnaires multiples.

Tous les auteurs ont noté un grand affaiblissement avec diminution des globules de sang, parmi les effets du mercure sur l'homme sain. Or, les cliniciens ont observé que lorsque cet état existait chez les syphilitiques, les hématies se constituent très rapidement par l'usage du mercure et cette action absolument homœopathique a été constatée à l'aide d'une méthode mathématique : la numération des globules.

L'action homœopathique du mercure dans le traitement de la syphilis est donc démontrée, tant par la connaissance expérimentale de l'action du mercure sur

l'homme sain, que par l'observation des faits cliniques, et c'est là une conclusion que la rédaction de la « Presse médicale Belge » doit accepter si elle veut être fidèle à la déclaration que nous avons citée en commençant ce travail.

Quant à l'observation de M. Hutchinson, nous la trouvons incomplète ; si, néanmoins, nous avions à exprimer une opinion sur ce fait, nous dirions qu'il s'agit ici d'un cas de syphilis bénigne (chancre mou) développé chez un sujet débilité ; que, dans ces circonstances, le mercure était absolument contre-indiqué ; qu'il est donc conforme à la règle, que ce médicament ait développé dans ce cas ses actions pathogénétiques les plus intenses ; que l'état grave du malade est dû à l'hydrargyrisme ; que l'iodure de potassium n'a agit, dans ce cas, qu'en combattant l'empoisonnement mercuriel.

Nous félicitons notre confrère, le Dr Gailliard, de sa vaillance et de la promptitude avec laquelle il saisit toutes les occasions de défendre la thérapeutique positive et expérimentale.

Dr P. Jousset.

STATISTIQUE

Des résultats de la thérapeutique, dans le traitement de la fièvre typhoide dans les Hopitaux de Paris.

Le Dr Merklen a lu, dans la séance du 4 juillet de la Société médicale des Hôpitaux, un rapport sur le traitement et la mortalité de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Paris. Ce rapport est l'œuvre d'une commission de sept membres de la Société.

D'après ce travail, la mortalité de la fièvre typhoïde aurait diminué d'un tiers dans les sept dernières années. De 1866 à 1881, cette mortalité avait atteint le chiffre de 21,5 pour 0/0, tandis que, dans les sept dernières années, elle a été, seulement, de 14,1 pour 0/0.

Un second point, relevé avec complaisance par le rapporteur, serait la supériorité du traitement systématique de Brand, dont la mortalité est seulement de 9,90 pour 0/0:

Le rapport de M. Merklen comprend encore un enseignement fort important : c'est que la mortalité par l'expectation est de 20 pour 0/0. M. Debove réclame en vain contre ce résultat, et produit une statistique personnelle donnant une mortalité de 9,2 pour 0/0.

Nous objecterons à cette statistique, d'abord, qu'elle repose seulement sur 54 faits observés en 2 ans et qu'ensuite, M. Debove ne fait pas d'expectation pure, mais une médication évacuante. Il croit que le poison typhique doit être éliminé par les reins et il fait boire à ses malades de 6 à 7 litres de liquides en 24 heures ; c'est le pendant du traitement de la fièvre typhoïde par les laxatifs quotidiens.

Si nous nous en tenions au résultat brut de la statistique, nous dirions qu'à l'hôpital Saint-Jacques, en quinze ans, nous avons traité 226 cas de fièvre typhoïde par l'homœopathie et que nous n'avons eu que 15 décès, ce qui nous fait une mortalité de 6,63 pour 0/0. Si nous considérons que cette statistique s'étend sur un grand nombre d'années et comprend des épidémies de gravité bien diverses, qu'elle est administrative, c'est-à-dire absolue, et n'excepte aucun cas, pas même les malades arrivés mourants à l'hôpital, nous pourrions conclure que le traitement homœopathique est absolument supérieur et à l'expectation

et au traitement pharmaceutique et au traitement systématique de Brand, tel, au moins, qu'il a été employé dans les hôpitaux de Paris et de Lyon ; car pour les résultats fantastiques obtenus par Brand et par Vogl, résultats qui varient de 1 à 2,7 pour 0/0, nous n'en tiendrons pas compte, pas plus que nous n'avons tenu compte des résultats obtenus par le professeur Bennett dans le traitement de la pneumonie : 0 pour 0/0. Ces résultats sont dus à l'absence de diagnostic et à des artifices de statistiques pour ne pas employer une expression plus sévère.

Pour M. Merklen et les membres de la commission, l'indication principale dans le traitement de la fièvre typhoïde est la haute thermalité.

Le sulfate de quinine et les bains froids ont été les moyens exclusifs employés pour remplir cette indication : l'acide phénique et les autres médicaments anti-thermiques semblent être abandonnés. Quant à la médication antiseptique, elle s'est généralement bornée à l'antisepsie intestinale, et a renoncé à poursuivre le microbe dans l'organisme malade.

Nous ne rechercherons pas pourquoi, aujourd'hui, le sulfate de quinine est préféré à l'antipyrine ou à l'acide phénique ; c'est, probablement, parce qu'il est moins dangereux ; c'est aussi, sans doute, parce que dans certains cas, quand le mouvement fébrile est franchement rémittent, le sulfate de quinine rend d'incontestables services.

En dehors de cette indication positive, le sulfate de quinine aux doses de 1 gr. 50 à 2 gr. par jour, est un médicament nuisible et nous n'en voulons pour preuve qu'une des statistiques reproduite par le Dr Merklen et qui donne une mortalité de 15,25 pour 0/0.

Le traitement dans cette série avait été constitué uniquement par des bains tièdes et le sulfate de quinine.

Signalons, à propos de ce groupe de malades traités par l'emploi combiné de la quinine et des bains tièdes, une illusion de statistique. La mortalité de tous les cas réunis a été de 7,33, et nous venons de voir qu'une de ces statistiques avait donné 15,25 de mortalité. Cette illusion vient premièrement de ce qu'on a compris dans la statistique 83 enfants avec 2,3 pour 0/0 de mortalité, et ensuite, 41 militaires avec une mortalité de 4, 8 pour 0/0. Or, il est élémentaire de séparer dans les statistiques de fièvres typhoïdes et de pneumonies les enfants des adultes ; parce que, chez les premiers, ces maladies ont une grande tendance à se terminer par la guérison. Les malades des hôpitaux militaires ne doivent pas entrer dans la statistique des hôpitaux civils, parce qu'en général, le diagnostic n'est pas suffisamment sévère dans ces premiers hôpitaux, et qu'on y confond, couramment, la synoque et la fièvre typhoïde.

Le rapport de M. Merklen et la discussion qui l'a suivi, est une nouvelle preuve que nos adversaires demeurent enfermés dans la routine traditionnelle, et qu'ils ne savent pas sortir de la médecine des symptômes qui est la pire de toutes. En s'attaquant à la haute thermalité de la fièvre typhoïde, ils combattent, il est vrai, un symptôme d'un pronostic excessivement grave, mais ils ne semblent pas comprendre que la thermalité n'est que le signe de la gravité et que derrière elle, existe un état grave, dont elle est la mesure, je le veux bien, mais c'est cet état qui l'a produite qui tue.

Nous enseignons que la médication réellement efficace dans la fièvre typhoïde, comme dans toutes les maladies,

est celle qui s'adresse à l'ensemble des symptômes et non pas à un seul, quelque important qu'il puisse être.

Quant au résultat de la statistique, qui donne depuis huit ans une diminution d'un tiers dans la mortalité par la fièvre typhoïde, nous ne pouvons, en supposant qu'il ne soit pas le résultat de quelque trompe-l'œil, l'attribuer à la thérapeutique qui était déjà franchement antipyrétique et antiseptique longtemps avant cette date. En effet, dès 1870, la méthode de Brand était introduite dans la thérapeutique de la fièvre typhoïde par les médecins de Lyon, la médication salicylée en 1875, la médication phéniquée en 1874, et la médication par la digitale quelques années auparavant.

D^r^ P. Jousset.

MEMENTO THERAPEUTIQUE

Traitement de l'Epistaxis

L'épistaxis est constituée par l'hémorrhagie de la membrane muqueuse des fosses nasales.

C'est une affection habituellement symptomatique des fièvres continues et éruptives, des phlegmasies, de l'insuffisance aortique, du purpura hemorrhagica, de toutes les cachexies.

Souvent l'épistaxis apparaît comme phénomène *critique* dans les maladies aiguës. En dehors de ces cas, l'épistaxis est liée à la maladie hémorrhoïdaire soit comme affection concomittante, soit comme affection antécédante.

Traitement. — Il se divise en traitement de la disposition aux saignements de nez et en traitement de l'accès.

Les médicaments principaux de la disposition au saignement de nez sont nux vomica, sulfur et calcarea, lachesis, hamamelis et ipéca.

Les médicaments de l'accès sont : phosphorus, crocus, moschus, china, arsenicum, ledum, millefolium, secale, pulsatilla.

1° *Nux vomica.* — La noix vomique est le médicament principal de ces épistaxis qui se renouvellent fréquemment chez les hémorrhoïdaires. Ce médicament est plus particulièrement indiqué si le saignement de nez survient la nuit ou le matin et s'il est précédé de douleur et de chaleur à la tête.

Doses et mode d'administration. — Je n'ai jamais prescrit que la 6e dilution ; une dose matin et soir pendant six jours ; repos 6 jours et recommencer.

2e *Sulfur.* — Ce médicament à surtout été préconisé dans le traitement de l'épistaxis qui accompagne le vertige chronique ; il pourrait aussi être alterné, dans les cas rebelles, avec le médicament précédent ; une dose sulfur le matin, une dose nux vomica le soir.

Doses et mode d'administration. — De la 6e à la 30e dilution administrées comme le précédent.

3° *Calcarea carbonica.* — La pathogénésie du calcarea carbonica contient le symptôme de saignement de nez très abondant, survenant, principalement, la nuit et le matin. Des bouffées de chaleur à la tête avec sueur. Des règles trop fortes et en avances, des vertiges, des symptômes hémorrhoïdaires préciseront les indications du calcarea.

Doses et mode d'administration. — De la 12e à la 30e dilution administrées comme nux vomica.

4° *Lachesis.* — Comme les autres venins le lachesis

produit l'épistaxis très abondante, il est indiqué plus spécialement à l'âge de retour et quand les hémorrhagies surviennent chaque mois avant les règles.

Doses et mode d'administration. — La 3ᵉ et la 6ᵉ dilution administrées comme nux vomica.

5° *Hamamelis.* — Une disposition générale aux hémorrhagies indique plus spécialement l'hamamelis. Ce médicament a été employé avec succès contre les hémorrhagies symptômatiques du *purpura hemorrhagica* et de *l'hémophilie.* Les symptômes locaux qui indiquent l'hamamelis sont un sentiment de tension et de pression considérable au front entre les yeux et dans tout le nez.

Doses et mode d'administration. — La teinture mère et les basses dilutions. Dans l'intervalle des accès on l'administre comme la noix vomique, pendant le saignement du nez une dose toutes les heures.

A l'extérieur, on se sert d'un mélange au tiers pour application locale.

6° *Ipéca.* — Ce médicament a été surtout employé dans le traitement des épistaxis symptomatiques de la fièvre typhoïde et des fièvres éruptives. Comme l'hamamelis, l'ipéca est indiqué par les hémorrhagies multiples; il convient donc aux épistaxis qui surviennent dans le cours du purpura hemorrhagica et de l'hémophilie.

Doses et mode d'administration. — J'emploie toujours la première trituration décimale 0 gr. 25 c. dans 200 grammes d'eau, une cuillerée soir et matin, pour prévenir l'hémorrhagie; une cuillerée toutes les demi-heures contre l'accès.

Médicaments qui conviennent surtout pendant l'accès :

1° *Phosphorus.* — La pathogénésie du phosphore comprend les hémorrhagies multiples et ce médicament a été

employé non seulement dans le purpura et dans la forme hémorrhagique de toutes les fièvres, mais encore dans l'ictère grave et dans les affections hémorrhoïdaires ; c'est donc un médicament hémorrhagipare s'il en fut. Il existe des observations de guérisons d'épistaxis très abondantes et répetées, même dans les maladies du cœur, guéries par phosphorus.

Doses et mode d'administration. — 6e et 12e dilution administrées toutes les heures.

2° *Crocus sativus.* — La pathogénésie du crocus contient le symptôme épistaxis avec écoulement abondant d'un sang noir et visqueux; hémorrhagie assez forte pour entraîner la perte de connaissance.

Quoiqu'il existe quelques faits cliniques qui confirment cette indication du safran dans le traitement de l'épistaxis, nous croyons, que ces faits ont besoin d'être confirmés.

Doses et mode d'administration. — De la 3e à la 6e dilution; une dose toutes les demi-heures.

3° ***Moschus.*** — Comme le médicament précédent, moschus est indiqué dans le traitement des épistaxis très abondantes avec état lipothymique. Hartmann cite des cas de cessation d'hémorrhagies en quelques minutes, après l'usage du musc.

La pathogénésie publiée par Hahnemann contient des symptômes d'hémorrhagies et d'épistaxis.

La syncope est un symptôme très fréquemment excité par l'usage du musc.

Doses et mode d'administration. — Premières triturations décimales 0,05 c. toutes les dix minutes; il est préférable de faire prendre cette préparation dans des cachets.

Tous les médicaments anti-hémorrhagiques : le ledum,

le millefolium, le secale, la pulsatille, le china, l'arsenicum et l'arnica ont été employés, avec des succès divers, dans le traitement de l'épistaxis. Nous conseillons le *china*, *l'arsenicum*, le premier à la 6e dilution ; le second, à la 3e, dans les cas d'épistaxis habituels et ayant amené un certain degré d'anémie.

Le Dr Cooper recommande le *phosphate de fer* première trituration dans les cas analogues et Richard Hughes appuie cette assertion de son expérience.

La *pulsatille* sera réservée pour les cas d'hémorrhagies remplaçant les règles, à la dose de la 6e dilution.

L'emploi de *l'arnica* est populaire, surtout quand l'épistaxis dépend d'un traumatisme. Ce médicament s'emploie à l'intérieur (premières dilutions) et à l'extérieur étendu d'eau au centième.

Dans ces dernières années, le secale a été très employé, sous forme *d'ergotine* ou *d'ergotinine* administré en injections sous-cutanées. Ce moyen est héroïque dans certains cas qu'on ne peut déterminer.

Médications adjuvantes. — L'élévation du bras du côté où se produit l'hémorrhagie, les applications froides ou très chaudes, les instillations de liquides médicamenteux, les divers tamponnements et même la cautérisation au fer rouge sont quelquefois nécessaires dans les cas rebelles.

Les injections très chaudes à 50 degrés ont arrêté les épistaxis inquiétantes par leur abondance et leur durée. Les applications très froides faites sur le front et le nez ont amené un résultat analogue.

Les injections de jus de citron et de perchlorure de fer, ce dernier étendu d'eau dans la proportion de 50 0/0, ont aussi arrêté les hémorrhagies les plus violentes.

Le tamponnement, qui autrefois se faisait à l'aide de la

sonde de Belloc, oblitérait les fausses nasales à leurs parties extérieure et antérieure et s'opposait, ainsi, à l'issue du sang en dehors des cavités nasales. Ce tamponnement est très pénible pour le malade il doit, néanmoins, être conservé pour les cas rebelles où l'hémorrhagie ne peut être arrêtée par le tamponnement plus simple usité aujourd'hui, et que nous allons décrire dans un moment.

Ce tamponnement complet des fosses nasales se fait de la manière suivante :

On fait suivre à la *sonde de Belloc* le plancher des fosses nasales; quand l'instrument est arrivé derrière le voile du palais, on lâche le ressort qui porte dans la bouche le bouton terminal de cet instrument ; on introduit dans le chas de ce bouton un fil double assez long et très fort comprenant dans son anse un tampon de charpie suffisamment volumineux pour oblitérer l'ouverture postérieure des fosses nasales. A ce tampon est fixé un fil simple destiné à empêcher sa chute dans l'arrière-gorge lorsqu'on voudra enlever l'appareil. Le tampon de charpie est porté derrière le voile du palais et fixé fortement dans l'ouverture postérieure des fosses nasales à l'aide du fil double qui a été entraîné par la sonde de Belloc à travers les fosses nasales ; puis des bourdonnets de charpie sont placés dans l'écartement des deux fils et fixés à l'ouverture extérieure des fosses nasales, et le fil double noué solidement sur ce tampon extérieur. Les fosses nasales se trouvent complètement fermées par ce procédé,

Quant on veut enlever cet appareil, on coupe le fil qui retient le tampon antérieur et on retire le tampon postérieur à l'aide du fil simple resté dans la bouche.

On peut remplacer la sonde de Belloc par une sonde

en gomme dont on va chercher le bout derrière le voile du palais.

Aujourd'hui la connaissance plus exacte du mécanisme de l'hémorrhagie nasale, et du point où il se produit, a conduit à un tamponnement beaucoup plus simple.

L'hémorrhagie nasale est presque toujours produite par une rupture d'une artériole de la cloison, et cet artériole siège habituellement dans la région antérieure de cette cloison.

Pour faire le tamponnement, on prend de la ouate hydrophile, que l'on dispose en forme d'un cône de 12 à 15 centimètres de long ; on introduit ce cône par un mouvement de vis, en suivant le plancher des fosses nasales. Ce tamponnement, quand il dépasse l'artériole ouverte, suffit pour arrêter l'hémorrhagie.

Dans les cas où l'hémorrhagie résiste à ces moyens, ou se reproduit incessamment, il faut détruire le petit vaisseau qui en est l'origine, soit avec le galvano-cautère, soit avec l'acide chromique. Dr P. JOUSSET.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

ENCORE ET TOUJOURS LA DÉPOPULATION DE LA FRANCE. — INTERVENTION CHIRURGICALE DANS UN CAS D'HYPERTROPHIE DU FOIE AVEC ICTÈRE. — GLANES A TRAVERS LES RAPPORTS DE PRIX DE 18909

I

La discussion sur la *dépopulation de la France* est, personne n'en doute, la plus incapable d'aboutir de toutes les discussions passées, présentes et futures. Si l'homme

ne vaut, et c'est notre ferme opinion, que par l'ensemble des idées qui font de lui un être supérieur, idées qui se résument pratiquement dans la perfection croissante de l'abnégation, du désintéressement, du dévouement, comment pouvons-nous espérer remonter le courant de notre décadence progressive? Tant vaut la famille, tant vaut la société, laquelle n'est en définitive qu'une agrégation de familles. Plus d'abnégation dans la famille, plus de dévouement dans la nation. Il y a même ici un fait général très curieux, qui, mal compris, entraîne une grossière erreur : c'est le développement des œuvres d'assistance officielle, au fur et à mesure que monte la marée effrayante de l'égoïsme individuel. C'est dire que plus on marche vers le *socialisme d'état*, avec tout l'attirail moderne de philantropie, de sensiblerie et de zoophilie, mieux on peut être assuré que tout ce tam-tam dissimule, fort mal du reste, la décroissance de la source des véritables sentiments d'assistance mutuelle, à savoir l'amour d'autre chose que de soi-même. Ces réserves faites, la discussion offre un intérêt réel, au point de vue des détails de notre *démographie*.

Bien peu nombreux sont ceux qui croient ou voudraient croire à une *infécondité* réelle, organique, de la race française : aussi avons-nous éprouvé quelque surprise de voir cette opinion défendue, un peu timidement d'ailleurs, par M. Hardy. Les ménages inféconds sont ceux qui ne peuvent avoir d'enfants; or ces ménages-là, ainsi que le fait justement observer M. Lagneau, ne sont pas plus fréquents en France qu'ailleurs. Ce n'est pas l'infécondité dont on peut se plaindre chez nous, c'est la *limitation du nombre des enfants*, et chacun sait bien à quoi s'en tenir là-dessus.

Voulez-vous entendre la véritable situation d'une bouche académique, d'autant plus sincère que sa manière de s'exprimer est plus naïve ? Ecoutez M. LE FORT :

L'intérêt actuel de la famille est de limiter le nombre des enfants, l'intérêt de l'état est de multiplier le nombre des citoyens. Il faut que ces deux intérêts cessent de se contredire.

Quelle monstreuse pétition de principes, M. Le Fort ! Pourquoi cette opposition d'intérêts ? Autrefois, les intérêts n'étaient-ils pas les mêmes? Pourquoi, en abaissant l'âme humaine, avez-vous déplacé l'intérêt de la famille? Par quels moyens économiques ou sociaux comptez-vous remonter le courant ? Nos économistes sont tous de profonds philosophes, qui n'oublient qu'une seule chose : le but de la philosophie.

Les statisticiens ne sont même pas près de s'entendre sur certains faits accessoires de la diminution de la natalité, telles que le *tabagisme*, le *saturnisme*, par les avortements qu'ils causent, mais surtout l'*alcoolisme*, lequel, d'après M. JAVAL, serait une cause indirecte d'accroissement de cette même natalité. Sur l'*influence de la législation* et les modifications qu'il conviendrait d'y apporter, je vois que les illusions dont nous avons entretenu le lecteur continuent de plus belle. M. LE FORT s'y abandonne comme les autres, quelque soin qu'il prenne de dire — et il a cent fois raison — que *les lois ne sont d'ordinaire que le reflet des mœurs d'un peuple*. Mais a-t-il encore raison, lorsqu'il ajoute : *les mœurs peuvent aussi se modifier à la longue sous l'action de certaines lois* ? Réformer les mœurs par les lois, c'est un beau dessein ; mais il est douteux que nos législateurs risquent leur réélection à ce jeu impopulaire, et aussi douteux que, vinssent-elles à être votées,

ces lois réformatrices fussent maintenues par leurs successeurs.

Jusqu'ici M. Rochard avait seul donné l'exemple de la sagesse, en disant : le problème se compose de deux parties, la natalité sur laquelle nous ne pouvons absolument rien, et la *mortalité* qu'il sera encore longtemps possible d'atténuer progressivement, et c'est le rôle de *l'hygiène privée* et *publique*. M. Brouardel tient aujourd'hui identiquement le même raisonnement, et il fait œuvre utile.

Sa thèse est celle-ci : *chaque année, plus de* 30,000 *Français succombent à des maladies évitables*, et les quatre cinquièmes de ces décès portent sur des jeunes gens de moins de trente ans, c'est-à-dire ayant l'âge de la pleine production. Pour prouver sa thèse, le savant doyen étudie successivement la *variole* et la *fièvre typhoïde*.

La *variole fait périr chaque année, en France, environ* 14,000 *personnes*, tandis qu'en *Allemagne*, il n'en meurt, dit-on, que 110. On en conclut qu'il faudrait rendre la *vaccination* et la *revaccination obligatoires*.

On peut, d'autre part, estimer à 23,000 le nombre des personnes qui, chez nous, *succombent annuellement à la fièvre typhoïde*, et ce sont surtout les jeunes gens de quinze à trente-cinq ans qui constituent ce formidable contingent. Or cette effrayante mortalité, dans l'opinion de M. Brouardel, peut être réduite, par le seul jeu des moyens prophylactiques, à des proportions presque insignifiantes.

Il faut d'abord admettre que l'*eau est le véhicule des germes contagieux* 90 *fois sur* 100, et cette proposition semble en effet démontrée par l'observation récente des épidémies de *Pierrefond*, de *Lorient* et de *Clermont-Ferrand*,

de *Genève* par Dunand, de *Joigny* par Bouchet. La conviction a été imposée par ce fait constamment répété que, tandis que les habitants qui boivent de telle eau sont décimés, ceux qui boivent de telle autre eau, non contaminée, restent indemnes, surtout s'ils sont bien isolés du reste de la population, comme il advient des collèges, couvents, etc.

A ces preuves frappantes, M. Brouardel vient en ajouter d'autres toutes nouvelles, tirées des changements introduits par les récentes *distributions d'eau* dans un assez grand nombre de villes. Le fait se résume ainsi : Une ville est un foyer permanent de fièvre typhoïde ; à tort ou à raison on incrimine l'eau, on remplace cette eau, et la fièvre typhoïde disparaît. On savait déjà cela pour *Vienne* (Autriche), où la maladie est devenue une rareté ; mais les occasions d'étudier la question n'ont pas manqué de se multiplier en France.

Angoulême (34,867 habitants) avait été, jusqu'à l'année dernière, un de nos principaux foyers de fièvre typhoïde, ayant perdu par le fait de ce fléau, de 1880 à 1889, 625 habitants. Mais, en 1889, le régime des eaux a été complètement modifié. Auparavant on buvait l'eau de la *Charente*, alors que l'un des égouts, recevant le contenu de nombreuses fosses d'aisance, venait aboutir dans la rivière en amont de la prise d'eau. Aujourd'hui, la ville reçoit l'eau de la *Touvre*, prise à sa source même, en dehors de toute contamination ; et les sept premiers mois de cette année 1890 n'ont donné que six morts. Or ces six morts se sont montrés dans la population civile, les casernes restant indemnes, ce qui semble prouver que l'on boit encore de l'eau de quelques puits contaminés.

A *Amiens* également, jusqu'à 1881, la mortalité typhoï-

dique était énorme, principalement dans la garnison, et, depuis 1881, elle est devenue assez faible. Pourquoi cette différence accusée du reste brusquement? Le changement coïncide avec la suppression de l'eau *Marie-Caron* : comme il n'a été fait aucune autre modification dans la ville que cette suppression, on est absolument forcé de lui attribuer la brusque décroissance des décès typhoïdiques.

L'histoire de la fièvre typhoïde à *Rennes* peut se résumer ainsi : tant que la population n'a bu que de l'eau de puits contaminés, fièvre typhoïde en permanence; on y amène de bonne eau de source, laquelle alimente entièrement la population militaire et partiellement la population civile. Et il arrive que la fièvre typhoïde disparaît presque entièrement de la garnison, tandis qu'elle diminue notablement dans la population civile. Il semble, par conséquent, que la maladie ait diminué proportionnellement à la quantité d'eau de source introduite dans l'alimentation. Une nouvelle preuve de l'influence heureuse de l'eau de source nous est donnée par cette circonstance que les faubourgs de la ville n'en recevant nullement n'ont pas vu modifier, en quoi que ce soit, leur situation par rapport à la fièvre typhoïde.

Il est par conséquent logique de conclure que, au moins en ce qui concerne les villes, la substitution de l'eau de source aux eaux de puits et de rivière polluées peut arriver, dans un avenir peu éloigné, à rendre la fièvre typhoïde infiniment rare. Permettons-nous de dire toutefois que l'on oublie un peu les *campagnes*, dans lesquelles la fièvre typhoïde est extrêmement fréquente et meurtrière, procédant par épidémies de hameaux : il est d'autant plus probable que la transmission se fait par l'eau, que les puits et fontaines reçoivent toujours les eaux plu-

viales ayant balayé les cours, et que celles-ci reçoivent directement les déjections. Comment remédier à cet état de choses? Les paysans ne se serviront jamais de filtres. les accoutumera-t-on à ne boire que de l'eau bouillie? Dans tous les cas, la question vaut la peine d'être étudiée. Mais cette extrême fréquence dc la fièvre typhoïde dans les campagnes n'est pas connue, faute de statistiques municipales, et aussi parce que les médecins d'épidémies, dont chaque arrondissement seulement est pourvu, ne signalent guère que les grandes épidémies, tandis que les petites, par leur dissémination et leur répétition, tuent certainement beaucoup plus de monde.

D'autres maladies épidémiques, ajoute très justement M. Brouardel, semblent obéir aux mêmes conditions étiologiques que la fièvre typhoïde : l'importance de l'alimentation des villes en bonne eau de source s'en augmente d'autant.

Diminuer la mortalité n'est assurément pas une solution de la question de la dépopulation de la France ; mais si la discussion académique réussit à imprimer une vigoureuse impulsion dans ce sens, elle aura mérité plus que de la reconnaissance.

II

La *chirurgie hépatique* ne paraît pas devoir se borner à la recherche et à l'extraction des calculs dans la lithiase biliaire : voici qu'elle va s'appliquer à remédier aux accidents de *rétention de la bile*. Résumons l'observation que M. Terrier a présentée à l'Académie

Un homme de 33 ans entre à l'*hôpital Bichat* le 20 mai 1890. Service militaire en Algérie, mais n'a eu qu'à son retour quelques accès de fièvre de courte durée ; pas de

dysenterie. En novembre 1889, diarrhée, et en décembre commencent les accidents hépatiques par de la fièvre et de l'ictère, avec des douleurs vives. Depuis lors, poussées fréquentes d'urticaire avec vomissements bilieux. On crut à une tumeur hydatique du foie.

Teinte subictérique, voussure des côtes droites ; le foie descend jusqu'à deux travers de doigt de l'épine iliaque antéro-supérieure ; la vésicule biliaire ne paraît pas augmentée de volume ; la rate n'est pas hypertrophiée ; pas d'adénopathies sensibles ; absence de vomissements ; constipation et garde-robes décolorées ; urines fortement teintées ; ni alcoolisme ni syphilis. Une ponction exploratrice sur la partie la plus saillante du foie ne donne que quelques gouttes de sang. Il y a, chaque soir, une élévation de température. Le sulfate de quinine fait disparaître la fièvre et diminuer l'ictère, mais celui-ci reparaît bientôt plus intense que jamais, avec une aggravation de tous les accidents ; les selles sont absolument décolorées et la vie semble prochainement menacée. C'est alors (5 juillet) que M. Terrier se décide à faire une *laparotomie exploratrice*, pour agir ensuite suivant les circonstances.

Incision médiane sus et sous-ombilicale de 17 centimètres. La surface du foie est lisse, et l'organe ne renferme pas de tumeur. L'exploration des voies biliaires ne décèle pas de calculs. Le chirurgien se décide à établir une *fistule biliaire cystique*, en suturant le fond de la vésicule à la peau, l'ouverture étant faite aussi petite que possible, dans le but de la fermer ultérieurement. Suture de la paroi à trois étages.

Les suites de l'opération furent fort simples : l'ictère et le volume du foie commencèrent à diminuer dès le lendemain ; au bout de 5 ou 6 jours, les conjonctives

seules restaient subictériques. La bile tache le pansement, mais son écoulement est fort irrégulier. Le 12^{me} jour, la matité hépatique ne mesure plus que 20 centimètres ; les douleurs sont nulles et l'appétit excellent. Il faut dire aussi que, dès le 6^{me} jour, les selles étaient fortement colorées par la bile. Bref, le malade quitte l'hôpital le 3 août, moins d'un mois après l'opération, et en parfait état de santé. Aux dernières nouvelles, le 28 octobre, il avait engraissé, mais la fistule biliaire persistait, à deux centimètres et demi au-dessus de l'ombilic ; toutefois la bile ne s'en écoule que lors des efforts et des grandes inspirations. Le foie déborde encore les fausses côtes, mais les fonctions digestives sont parfaites.

M. Terrier fait remarquer que c'est la première fois qu'un chirurgien français fait une incision dans le but d'explorer le foie : l'incision médiane offre des conditions très favorables pour explorer non seulement le foie, mais les voies biliaires. Dans le cas particulier dont il s'agit, l'établissement d'une fistule biliaire était chose tout à fait rationnelle : il n'en est pas moins permis de dire que le résultat a dépassé toutes les prévisions possibles. Comment se fait-il, par exemple, que le cours de la bile se soit rétabli dès le cinquième jour par les voies naturelles ? L'occasion se représentera certainement plus tard de vérifier si la désobstruction des canaux biliaires est bien le résultat de l'établissement de la fistule de la vésicule.

III

La *fin de l'année* ramène la lecture, aux séances publiques, d'interminables *rapports de prix*, puisque la pro-

clamation de ceux-ci est régulièrement faite maintenant en décembre. Il ne peut entrer dans notre plan de donner de ces rapports un résumé même succinct ; nous ne pouvons qu'y cueillir quelques glanes parmi les mémoires présentés. On doit d'autant moins s'attendre à des vues d'ensemble que bon nombre des concours académiques admettent des mémoires sur toutes espèces de sujets.

CLIMATOLOGIE ET PATHOLOGIE DE SAINTE-MARIE DE MADAGASCAR. — Le Docteur LOISEL, ancien médecin de la marine, a eu l'idée d'écrire l'histoire de cette colonie, l'une de nos plus misérables, et ce n'est pas peu dire. On se rappelle qu'elle fut conquise à la France, en 1642, par douze hommes sous les auspices et la protection de Richelieu. La population est composée surtout de *Malgaches*, c'est-à-dire d'un mélange de toutes les épaves humaines laissées par l'Afrique, l'Arabie, les Indes, la Malaisie et peut-être aussi par l'Australie. C'est un climat hyperthermique, à chaleur constante, très humide, mais à humidité variable, à pression modérée et peu variable, à vent de force variable, à orages et à ouragans.

La pathologie de Sainte-Marie se caractérise par la grande prépondérance des maladies endémiques et surtout de la *malaria* : 2,948 cas de padulisme sur un ensemble de 3,220 malades. Un tel état de choses est dû aux marais, aux bancs de coraux, au sol plat et argileux, où les eaux de pluie restent stagnantes, à l'atmosphère humide. Toutes les races paient un égal tribut, hormis les nègres qui jouissent d'une immunité toute relative. Parmi les formes pernicieuses, c'est l'*ictèro-hémorrhagique* qui est la plus commune.

La *dysentérie* vient en seconde ligne comme cause de mortalité, et la race noire y est plus exposée que les

autres ; un tiers des *hépatites*, qui sont fort communes, succède à la dysentérie. La *lèpre* n'est pas rare et se rencontre dans la proportion de quatre à six malades pour mille habitants ; elle ne paraît pas héréditaire. La variole fait de fréquentes apparitions sous forme épidémique. La syphilis est très répandue chez les noirs.

DES FOLIES DIATHÉSIQUES. — M. BLANCHE fait le rapport sur les mémoires, au nombre de deux, présentés sur cette question pour le prix Falret. Elle serait mieux dénommée : *des rapports des folies avec les maladies constitutionnelles et avec les diathèses*. Un seul des mémoires paraît un peu complet, et il insiste surtout sur les relations de la folie avee le *rhumatisme* et avec la *goutte*. On a trop souvent confondu les complications cérébrales du rhumatisme articulaire aigu avec la folie. Cependant la parenté du rhumatisme et de la goutte avec la folie n'est pas niable, quoique la question ait été généralement mal comprise : les maladies dont nous parlons ne constituent en effet, en général, vis-à-vis de la folie, qu'une occasion favorable à son développement, une circonstance accélératrice, adjuvante de la vraie cause, laquelle n'est autre que l'*hérédité psycho-névropathique*. Leur rôle, en un mot, est à peu près le même que celui d'un traumatisme crânien. Il est en effet clairement démontré, à l'heure qu'il est, que cette prédisposition héréditaire est absolument nécessaire au développement de la folie.

Que dire des folies *tuberculeuses*, *cancéreuses*, etc. ? La vérité, c'est que la clinique n'est pas parvenue à donner à l'une ou l'autre des folies diathésiques, même la rhumatismale, une physionomie propre, des caractères qui la distinguent des autres non diathésiques.

HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — M. LÉDÉ a envoyé une impor-

tante *étude historique, statistique et médicale sur les enfants de Paris en nourrice*, dont voici les conclusions :

1° Organiser un service d'inspection médicale dans les départements où le service ne fonctionne pas ou fonctionne mal, bien que le Dr Lédé reconnaisse les grands avantages qu'a apportés la loi de protection.

2° Réglementer sévèrement l'élevage artificiel.

3° Procurer aux parents qui désirent placer leur enfant en nourrice de bonnes éleveuses assurées de leur salaire.

4° Aider les travailleurs qui sont momentanément incapables de payer les mois d'élevage.

Nous donnons ces conclusions, parce que le rapporteur qualifie le travail ci-dessus de très important, qu'il le signale à l'attention de l'Académie, bien que rien ne me paraisse plus banal, à part cette tendance à l'élevage des enfants par la nation, laquelle est la marotte du jour. Nous n'apercevons pas encore les merveilles que nous ont promises l'assistance officielle et la réglementation à outrance, et nous avons bien peur qu'on ne tue l'assistance privée, autrement efficace.

Jusqu'ici, du reste, les lois protectrices ont eu une conséquence inattendue, et des plus fâcheuses : c'est la *diminution graduelle du nombre des enfants au sein*, et l'on ne nous en console guère en disant que l'élevage au biberon s'est perfectionné, au dire du moins de M. Blache. Ce qui est curieux encore, c'est que les auteurs de travaux sur l'hygiène de l'enfance ne cessent de se plaindre de l'inexécution des lois protectrices, et voici que le rapporteur, M. de Villiers, soutient que ces lois sont exécutées dans la plupart de leurs parties.

On ne saurait trop répéter à quel point le *biberon* est désastreux, puisqu'il donne plus des deux tiers des décès.

La plupart des médecins inspecteurs demande la suppression du biberon à tube. Ils voudraient tous que les certificats de capacité délivrés aux nourrices le fussent par les seuls médecins inspecteurs, ce qui montre que, fonctionnaires volontaires, ils prennent leur mandarinat au sérieux. Leurs réclamations par ailleurs sont assez puériles, par exemple celle-ci : que l'on prenne des mesures efficaces contre le non paiement des mois de nourrice. Ne confond-on pas ici la compétence du médecin avec celle du juge de paix ? Le médecin du moins n'a rien à gagner à s'imiscer dans ces questions-là.

Une seule chose a le don de nous causer la plus vive satisfaction, une satisfaction patriotique, si l'on veut revenir au vrai sens du mot : c'est la *diminution très certaine de la mortalité des enfants du premier âge*. Reste à savoir quelle est, dans ce beau résultat, la part de la loi Roussel. Il sera bon, dans tous les cas, qu'on continue de l'appliquer avec modération, en contenant au besoin le zèle administratif des médecins.

NÉVRITE BRIGHTIQUE. — Un mémoire sur la *névrite brightique*, considérée comme névrite toxique, est très curieux en ce qu'il cherche à établir une donnée assez neuve, à savoir que les troubles nerveux des urémiques sont non pas, ainsi qu'on l'a cru jusqu'ici, d'origine encéphalique ou médullaire, mais d'origine périphérique. Il se pourrait en somme que l'auteur, dont nous ignorons le nom, eût raison, et bien des indices tendraient à nous le faire croire ; mais rien ne nous oblige à prendre parti dès à présent.

Les accidents nerveux dont il s'agit, presque tous décrits par M. DIEULAFOY, sont : le doigt mort, les fourmillements, les douleurs, les démangeaisons, les crampes et secousses

électriques, une impressionnabilité spéciale au froid, l'asthénie ; et il faut y joindre les troubles trophiques : la sclérodactylie, le mal perforant, l'hypertrophie du pied ou pied brightique, la gangrène sèche. Je suis absolument persuadé, pour mon compte, que cette gangrène, considérée comme liée à l'oblitération artérielle, est due à la névrite périphérique; n'en déplaise au rapporteur, M. Peter, il existe, en dehors même du mal de Bright, de nombreuses autopsies confirmatives. Les réflexes, chez les brightiques, sont normaux ou affaiblis, rarement exagérés.

Les névrites que l'on a eu l'occasion de constater anatomiquement chez les brightiques sont des périnévrites, non des névrites parenchymatheuses, et les lésions coïncident fréquemment avec de l'endartérite, ce qui est assez naturel, on en conviendra.

Pour expliquer les paralysies brightiques, l'auteur rejette la théorie de l'œdème cérébral ; les paralysies motrices y sont du reste très rares, car ce sont les nerfs centripètes qui sont surtout atteints, en opposition avec les névrites d'origine alcoolique, lesquelles affectent principalement les nerfs centrifuges.

EXISTE-T-IL UN OU PLUSIEURS CENTRES RESPIRATOIRES ? — Telle est la question posée par l'Académie pour le *prix Pourat* et c'est M. LABORDE qui présente le rapport. Un seul mémoire a répondu à l'appel, mais il est fondé sur des expériences précises,

Depuis GALIEN jusqu'à SCHIFF, on s'était accordé à placer dans le *bulbe* le centre respiratoire unique ; LEGALLOIS et FLOURENS avaient surtout contribué à fixer cette opinion, contre laquelle a réagi BROWN-SÉQUARD, suivi bientôt par un certain nombre de physiologistes allemands.

La nouvelle école admet que les centres respiratoires sont *multiples*, distribués dans la moelle et dans l'encéphale, que le centre de Flourens n'est qu'un centre d'arrêt, peut-être plus important que les autres.

L'auteur du mémoire reprend la théorie ancienne et prétend la mettre hors de doute par le procédé classique de la destruction des parties dont on veut étudier l'influence sur la fonction. Dans la discussion, on oublie que c'est précisément la légitimité du procédé que conteste M. Brown-Séquard. Si quelqu'un s'intéresse à cette critique, je lui conseillerai de lire son dernier mémoire sur les prétendus centres moteurs des circonvolutions cérébrales. Les dégénérescences wallériennes pourraient seules ici prouver quelque chose, mais cela ne pourrait avoir une portée absolue par rapport à la question du centre unique ou multiple. Quoique la doctrine de Brown-Séquard me paraisse embrasser beaucoup mieux tous les faits, tant physiologiques que pathologiques, je reproduis ici les conclusions de l'auteur du mémoire.

« 1° La respiration normale est régie par un appareil central unique, siégeant dans le bulbe.

« 2° Cet appareil est situé symétriquement à droite et à gauche de la ligne médiane. Ses deux moitiés latérales communiquent entre elles par des fibres émanant de chacun des deux faisceaux respiratoires, passant dans le raphé et gagnant le faisceau du côté opposé.

« 3° Chacune des deux moitiés latérales du bulbe peut présider à la respiration bilatérale du tronc, et après l'hémisection de la moelle cervicale antérieure, on trouve des fibres dégénérées dans les deux cordons antéro-latéraux, en arrière de la lésion. La physiologie expérimentale et l'anatomie établissent aussi l'existence d'un autre entre-

croisement rétrobulbaire des éléments respiratoires moteurs du système respiratoire.

« 4° Les voies centripètes de l'appareil respiratoire central sont : les nerfs pneumogastriques, les trijumeaux et probablement un certain nombre de fibres de tous les nerfs sensitifs de la peau, des muqueuses, des organes des sens et des viscères. Les éléments centraux sont les noyaux des pneumogastriques, et, sans nul doute aussi, de nombreux groupes cellulaires disséminés dans la zône de Legallois.

« Les voies centrifuges sont les deux nerfs de la septième paire et les deux faisceaux respiratoires du bulbe.

« 5° L'appareil central se subdivise probablement en deux systèmes spéciaux, l'un tenant à l'inspiration et l'autre à l'expiration. Mais, pour élucider cette question, de nouvelles recherches sont nécessaires.

« 6° Il n'existe dans la moelle épinière aucun centre respiratoire proprement dit, mais il s'y trouve des éléments moteurs communiquant avec l'appareil respiratoire central du bulbe.

« 7° Il n'y a pas non plus de véritables centres moteurs encéphaliques. »

La nutrition dans l'hystérie. — Le travail de MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau sur les *phénomènes de nutrition dans l'hystérie* peut se résumer ainsi :

L'attaque d'hystérie est caractérisée par un ralentissement général de la nutrition. Le résidu fixe, l'urée, les phosphates sont diminués dans la proportion d'un tiers environ. Le rapport de l'acide phosphorique terreux à l'acide phosphorique alcalin qui, à l'état normal, est comme un à trois, tend à être comme deux est à trois. Les chlorures sont en général augmentés. Il n'y a pas de polyurie.

L'attaque épileptoïde se comporte comme l'attaque d'hystérie vraie.

Les mêmes conclusions s'appliquent à *l'état de mal hystérique prolongé.*

D^r PIEDVACHE.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HOMŒOPATHIE.

PHARMACOPÉE HOMŒOPATHIQUE. — TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE.

I

Le congrès international homœopathique de Paris, de 1889, avait pris en considération une proposition de M. Ecalle sur la nécessité de poser des règles fixes pour la préparation homœopathique de certains produits chimiques, car il y a des divergences assez considérables, suivant les pharmacies, sur la manière de faire. La Société française d'homœopathie nomma dans une des premières séances de l'année la commission suivante pour s'occuper de cette question : MM. les Drs M. JOUSSET et V. LÉON SIMON, MM. BOURDET, ECALLE et PIOTRUZINSKI, pharmaciens.

Après plusieurs réunions, cette commission pensa qu'il y avait lieu d'éditer une nouvelle pharmacopée homœopathique, celle de CATELLAN étant épuisée et celle de WEBER étant très ancienne. Cette manière de voir fut, après discussion, acceptée par la Société, qui décida de charger sa commission de rédiger cette nouvelle pharmacopée, à laquelle on inviterait les pharmaciens à se conformer.

Dans la séance d'octobre, la Société a voté les modes de préparations suivants proposés par sa commission :

I. *Substances minérales et produits chimiques* divisés en deux classes, suivant qu'ils sont ou non solubles dans l'un des véhicules employés en homœopathie.

a. Substances solubles. Deux modes de préparations :

1° Les dilutions ;

2° Les triturations.

Ces deux préparations se feront toujours par atténuations directes en partant de la substance, et ainsi, à poids égal, représenteront toujours la même quantité de médicament.

Cependant comme les dilutions se prescrivent ordinairement en gouttes, et que celles-ci peuvent varier beaucoup de volume, on engagerait, pour les basses atténuations des substances toxiques, à employer de préférence les triturations qui se prescrivent en poids et avec lesquelles on peut facilement se rendre compte de la quantité exacte de substance médicamenteuse prescrite.

b. Substances insolubles. — Les atténuations se feront toujours sous forme de triturations et par atténuation directe en partant de la substance.

II. *Substances végétales*, division en trois classes : substances végétales indigènes à suc considérable, substances végétales indigènes à suc minime, substances végétales exotiques.

a. Substances végétales indigènes à suc considérable, deux modes de préparation, la teinture mère et la trituration.

La *teinture mère* se prépare de la manière suivante : on prend les parties employés de la plante (pour l'aconit, fleurs, tiges et racines) on les pile, et on en extrait le suc ; ce suc est mélangé avec un poids égal d'alcool à 80°. On pèse

ensuite les parties de la plante qui ont été broyées et on les met dans un autre récipient avec poids égal d'alcool à 80°. On obtient ainsi deux liquides, le premier contenant les principes solubles dans l'eau qui ont été entraînés avec le suc de la plante, le second contenant les principes non solubles dans l'eau et solubles dans l'alcool. On comprend qu'en mélangeant ces deux liquides on obtiendra une teinture contenant tout ce qu'il est possible d'extraire de la plante.

Les *triturations* se font avec les mêmes parties de la plante desséchées et pulvérisées. Il en est de même pour les triturations des deux autres classes de substances végétales.

b. Substances végétales indigènes à suc minime, deux modes de préparations, la teinture mère et les triturations.

La *teinture mère* se fait en concassant les parties employées de la plante et en les faisant macérer dans un poids égal d'alcool.

c. Substances végétales exotiques, deux modes de préparation : la teinture mère et les triturations.

La *teinture mère* se fait par macération au 1/20 dans l'alcool.

III. *Substances animales.* — Elles sont solubles ou insolubles.

Les substances insolubles ou celles qui subiraient une transformation sous l'influence du véhicule se préparent seulement par triturations en partant de la substance.

Les substances solubles se préparent de même par trituration ou par teinture mère; celle-ci se fait par macération au 1/20.

Tels sont les principes sur lesquels reposeront la nouvelle pharmacopée ; la commission travaille maintenant à la rédiger.

II

Le Dr V. Léon Simon limite le sujet aux écoulements uréthraux de l'homme, en séparant la balano-posthite qui avait été confondue avec la blennorrhagie par les anciens auteurs.

Cette maladie est la plus difficile à soigner parmi les affections vénériennes parce que les malades ne se considèrent pas vraiment comme malades et parce qu'elle a quelquefois une ténacité remarquable.

Hahnemann conseillait *petroselinum*, *cannabis* et *copahu*.

L'orateur n'a pas d'expérience personnelle sur le persil, mais sa pathogénésie paraît bien l'indiquer au début, lorsque la blennorrhagie siège surtout à la fosse naviculaire et que l'écoulement est épais, glutineux.

Le cannabis employé par tous les médecins homœopathes est un bon médicament, quoiqu'un homœopathe allemand ait prétendu que le sujet qui a fourni à Hahnemann les symptômes uréthraux du chanvre fut atteint de blennorrhagie. Notre pratique personnelle permet cependant de considérer ce médicament comme bien homœopathique ; on trouve du reste dans Héring des symptômes pathogénétiques bien nets ; cannabis produit aussi la balano-posthite.

Le copahu, médicament de la 3e période, agit surtout sur le col de la vessie.

Dans la blennorrhagie chronique, le Dr V. Léon Simon recommande *solubilis* ou *corrosivus* ; contre les hématu-

ries *cantharis* et *terebinthina*, ce dernier lorsqu'elles ne s'accompagnent pas de douleurs vives; il s'est très bien trouvé pour l'orchite de *belladona* au début, d'*hamamelis* dans la période douloureuse, de *clematis* et de *pulsatilla* ensuite.

Le Dr James Love, qui n'assiste pas à la séance, a envoyé une observation très intéressante d'un jeune homme qui à chaque blennorrhagie a vu se développer chez lui des affections rhumatismales (arthrites et iritis) qui ont résisté à tous les médicaments employés et qui ne reparaissaient que lorsqu'une nouvelle blennorrhagie se montrait.

Le Dr Léon Simon père pense que les blennorrhagies présentent des différences d'intensité et de tendance à la chronicité suivant qu'elles ont été causées par un individu atteint de blennorrhagie aiguë ou de blennorrhagie chronique.

Lorsque la blennorrhagie est franchement aiguë, *petroselinum* est un bon médicament; un médecin militaire, qui avait à ce sujet une grande expérience, a publié autrefois un mémoire sur le traitement de la blennorrhagie par le suc de persil. Le *cannabis* donne des résultats, mais il doit être employé plusieurs fois dans la journée.

Lorsque l'inflammation tombe, on se trouve bien de donner quelques doses de *sulfur* (30) suivies de *pulsatilla*.

Le *natrum muriaticum* est un médicament important dans la blennorrhagie plus chronique.

Le Dr P. Jousset fait remarquer que si l'on veut avoir une saine appréciation sur la valeur d'un traitement, il

faut faire attention à la marche de la maladie. La blennorrhagie a une période de début ou d'augment, une période d'état et une période de terminaison ; il est évident que lorsqu'un malade vient nous trouver à la fin de la période d'état, il guérira plus vite que s'il était au début de sa maladie.

Au début, il emploie le *cannabis*, quoique quelques médecins américains recommandent plutôt *aconit* ou *gelsemium* ; le cannabis ne donne pas de grands résultats et en fait il ne peut pas faire grand chose à cette période.

Le médicament qui paraît le plus utile contre les symptômes douloureux et principalement contre les érections, c'est *cantharis* (6e) ou (3e); l'orateur continue ce médicament jusqu'à la période de déclin où la maladie guérit quelquefois très vite sans le médicament.

Mais si la blennorrhagie existe chez un herpétique ou un arthritique, si surtout elle a été précédée de plusieurs atteintes antérieures, elle sera beaucoup plus difficile à guérir, et l'on aura besoin, tout en continuant un traitement interne, de recourir aux injections qui sont alors aussi utiles qu'elles sont nuisibles pendant la période d'acuité.

Le Dr P. Jousset recommandait autrefois d'employer le *sublimé* à dose plus faible que la liqueur de Van Swieten; il préfère aujourd'hui le *sulfate de quinine* en solution au 100e et même au 200e. Il ajoute, en passant, que cette solution réussit parfaitement aussi en lavages dans la *balanite*.

En résumé, pour la blennorrhagie aiguë, on a comme médicament à la première période, aconit, gelsemium ou cannabis; dans la période d'état, cantharis ; à la période de déclin, on ajoutera les injections de sublimé où de

sulfate de quinine, qui agissent comme de véritables pansements ou comme modificateur.

Le D[r] Tessier pense que le sulfate de quinine a surtout une action microbicide.

La suite de la discussion est renvoyée à une séance ultérieure.

D[r] Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS

TRAITEMENT ORTHODOXE

Sous ce titre le journal « *The homœopathic World* » (1) publie l'article suivant que nous nous contentons de traduire ; tout commentaire serait superflu.

Dans une leçon clinique parue in « *The medical Press* » 11 juin 1890, le D[r] E. Van Hoffmann, professeur de médecine légale à l'Université de Vienne, appelle l'attention sur les dangers qui peuvent résulter de l'absorption du sublimé corrosif.

L'observation qui fait le sujet de cette leçon est une des plus pénibles qu'on puisse relater. La malade, F. J..., était une ouvrière, morte le 25 janvier, à l'hôpital où elle avait été transportée le 17, vers les 6 heures du soir ; elle était atteinte de péritonite. Trois mois avant elle était accouchée, et depuis lors elle avait toujours été souffrante. Les 15, 16 et 17 de ce mois elle avait consulté le D[r] H... à son cabinet.

D'après le D[r] H... elle s'était présentée chez lui se plaignant de douleurs dans la gorge, de fissures aux angles

(1) 1 July 1890.

des lèvres, de papules d'aspect spécifique à la face, sur les seins et aux aisselles, de larges papules sur les organes génitaux, avec engorgement des ganglions lymphatiques.

Le Dr H... fit la prescription suivante :

1° ℞ Potass-Iod. . . . . 10.0 grammes
Aq. dist. . . . . 200.0 —

Sig. Deux cuillers à soupe par jour.

2° ℞ Hydrarg. Bichlor. corros. . . 0,20 —
Alun. . . . .
Camphre. . . . .
Céruse. . . . . } ââ 5,0 gr.
Esprit de vin . . . . . .
Vinaigre. . . . .

Sig. Solution de Plenck : pour l'usage du Docteur.

3° Hydrarg. Bichlor. corros. . . 0.20 grammes
Esprit de vin. . . . . 200,0 —

Sig. pour être appliqué par la malade avec un petit pinceau.

Le 17, à 3 heures, la malade revient chez le Docteur avec les prescriptions nos 2 et 3 intactes. Il appliqua avec du coton la solution de Plenck sur les organes génitaux, et avec ce qui restait toucha les papules de la poitrine. Malgré la douleur il fit des applications sur la bouche avec la solution n° 3.

A son retour à la maison la malade se plaignait de douleurs violentes dans tout le corps, et tout à coup elle tomba à terre sans connaissance. Une heure après des voisins la trouvèrent dans un état désespéré ; elle demandait à grands cris que quelqu'un voulût bien la pendre, ce qu'elle avait d'ailleurs essayé de faire, mais la corde s'était rompue. On ne put trouver de corde dans la cham-

bre, mais elle portait au cou des marques visibles de strangulation. Un docteur fut appelé et ordonna son transport à l'hôpital. Les médecins de l'hôpital crurent à un suicide tout en conservant des doutes sur les causes qui l'auraient amené.

Le 18 janvier elle était très faible. Les points où les applications avaient été faites étaient enflammés et recouvert d'ampoules.

Le 19, apparurent des vomissements verdâtres, avec collapsus menaçant. Les parties cautérisées étaient sèches et parcheminées. Dans la soirée elle eut quelques selles brûnâtres et liquides.

Le 20, collapsus plus marqué ; dépôt considérable dans les urines ; abdomen sensible à la pression.

Le 21, diarrhée abondante mélangée de sang et de matières, douleurs généralisées à tout le corps.

Le 22, le collapsus était encore plus marqué.

Le 23, nouveaux vomissements ; le hoquet, qui avait existé plus ou moins intense depuis le 19, devint alors gênant ; toujours de la diarrhée ; les parties cautérisées sont devenues granuleuses.

Le 25, pouls à peine perceptible. Mort à midi dans le collapsus.

L'examen *post mortem* montra, entre autres lésions. tout l'intestin congestionné ; la surface interne de l'iléon et du gros intestin étaient enflammées et parsemées à la partie supérieure d'ulcères d'aspect diphthéritique. La muqueuse était amincie et ecchymosée. Péritonite généralisée, adhérences de l'intestin grêle et des organes au bassin. Le tube de Fallope du côté gauche était distendu à la partie externe et contenait du pus. Légère néphrite parenchymateuse.

Le professeur Van Hoffmann résume ainsi cette observation :

En premier lieu nous pouvons conclure que Francesca J... a succombé à une dysenterie de forme diarrhéique.

En second lieu les phénomènes inflammatoires ressemblent à ceux produits par l'empoisonnement aigu dû au sublimé corrosif. Il ajoute que l'empoisonnement est bien dû à l'absorption de la solution de Plenck. Mais vient ensuite cette phrase étonnante :

« C'était une personne faible de constitution, anémique, elle n'était accouchée que depuis quelques semaines, toutes causes qui ont joué un rôle important dans l'absorption du poison. *Je tiens à établir d'une façon manifeste que le Dr H... a fait une prescription non pas incorrecte mais en parfaite concordance avec la thérapeutique orthodoxe moderne.* »

Nous ne nous souvenons pas avoir rencontré quelque chose de plus épouvantable que cette expression, dans la médecine contemporaine. Nous n'envisageons pas la question de droit. Sans doute le Dr H... a suivi l'enseignement des autorités.

Mais alors, quelle condamnation sévère n'encourt pas la thérapeutique orthodoxe moderne ? Le professeur Van Hoffmann a prononcé la sentence. Cette observation montre ce qu'elle est capable de faire pour des femmes délicates et de faible constitution. Nous espérons que dans leur agonie, ses malheureuses victimes ont quelque meilleure consolation que la pensée que le poison dont elles meurent « a été prescrit non pas incorrectement, mais en parfaite concordance avec la thérapeutique orthodoxe moderne ».

La nitrobenzine

par le Dr *R. Prosser White*

Les médecins ont fort peu l'occasion d'étudier les effets de certaines substances chimiques sur l'homme ; cela tient à l'usage relativement restreint de ces substances ; aussi les notes qui suivent présentent-elles un grand intérêt. J'ai pu étudier un grand nombre de cas d'empoisonnement par la *nitrobenzine*, et cette étude est l'analyse de cinquante cas environ. Ce composé est largement employé dans la fabrication des couleurs d'aniline, et dans la parfumerie, soit sous le nom d'essence de mirbane ou d'odeur d'amandes artificielles ; elle entre aussi dans la composition d'un nouvel et puissant explosif, la roburite. Elle est renfermée dans des étuis imperméables à l'air, et si on ne les ouvre volontairement, les artificiers ou les mineurs qui se servent de la roburite n'ont aucun contact avec elle.

Dans les manufactures elle est absorbée par la peau, les poumons ou le tube digestif, soit dans les manipulations, soit par évaporation, soit par des poussières très fines.

Les symptômes produits par la *nitrobenzine* sont caractéristiques. C'est une anémie très marquée, et en particulier des muqueuses. Les couleurs fraîches et vermeilles font place à un teint foncé, plombé. Par la pression sur la peau, ce teint sombre fait place à une coloration d'un blanc d'ivoire. Par l'usage prolongé le teint arrive au noir ou au bleu foncé, surtout aux lèvres, à la langue, aux oreilles et aux membranes muqueuses. Cette cyanose ressemble à celle produite par l'anesthésie avec l'éther, et, autant que je peux croire, est pathognomonique de

l'empoisonnement par la nitrobenzine. A mesure que la santé s'améliore, la coloration diminue et passe successivement par les couleurs café, verdâtre, et jaune.

Il existe de la pesanteur, de l'assoupissement et une propension à dormir. En rentrant de leur travail les ouvriers peuvent à peine tenir les yeux ouverts. La nuit ils dorment d'un sommeil profond, jusqu'à ce qu'ils soient éveillés par le mal de tête; ensuite ils ont de la peine à se lever le matin. Cette céphalalgie existe toujours et elle affecte en particulier les tempes et le sommet de la tête ; ce sont comme des coups de marteau frappés en dedans; la douleur augmente en se baissant et en se tenant la tête sur l'oreiller. Le vertige est peu marqué dans le début.

L'appétit, bon d'abord, devient bientôt capricieux, puis disparaît complètement. Le sens du goût demeure intact. Il y a souvent des nausées, des maux de cœur, indépendants de la plénitude de l'estomac; les vomissements consistent en matières verdâtres. La langue est humide, noirâtre, et recouverte d'un enduit blanc jaune.

Le cœur est excité, bien que le nombre des battements soit peu augmenté. Les malades accusent des palpitations et une sensation de constriction autour de la poitrine. Le moindre exercice les met à bout de respiration.

La douleur est un symptôme très variable dans son siège et dans ses caractères. Souvent c'est une douleur sourde dans quelques muscles du dos, particulièrement au sortir du lit, ou des tiraillements dans les jointures en marchant. Ce sont encore des élancements qui se produisent dans n'importe quelle position, soit au cœur, soit à la tête, au cou, aux mâchoires, soit dans l'aisselle, rarement aux jambes. Il se présente encore du larmoiement avec cuisson des yeux, des sensations de brûlure aux joues,

au front, à la plante des pieds. Toutes ces douleurs d'ailleurs ne sont pas aggravées par le toucher. On constate toujours des picotements et des démangeaisons dans les doigts, dans le dessus et dans la paume des mains, s'étendant jusqu'aux poignets. Les doigts sont engourdis, inhabiles, comme si la peau était épaissie ; il en résulte de la maladresse pour tenir et même pour bien sentir les petits objets comme une épingle, une aiguille. Ce symptôme existe encore dans le dessus des pieds mais jamais à la plante. Pieds et mains sont souvent parcourus par des frissons, avec froid.

Les zones d'hyperesthésie sont fréquentes, et dans un cas que j'ai soigneusement étudié, elles étaient réparties ainsi qu'il suit. Les parties supérieures, interne et externe des pieds, étaient très sensibles au toucher ; la moindre pression provoquait des sensations de piqûre d'épingle dans le cou-de-pied. Si on passait le doigt même légèrement sur ces parties plus sensibles, on amenait des élancements dans la jambe jusqu'à une hauteur d'environ quatre pouces. L'hyperesthésie était plus prononcée à gauche qu'à droite. La plante du pied demeurait insensible à une pression légère, mais un coup brusque, une secousse, un faux pas en marchant, amenaient des douleurs qui s'étendaient jusqu'au genou.

La sensibilité des muscles à la pression est fréquente et offre quelquefois des localisations bien curieuses. Dans un cas si on serrait l'un ou l'autre bras, principalement sur le biceps, on produisait de violentes douleurs qui s'irradiaient dans l'épaule et la partie postérieure du cou, telles même que le malade laissait échapper un cri involontaire. Cette sensibilité ne se produisait, ni à l'avant-bras, ni au mollet ; je ne pus même en découvrir de semblable dans aucune autre partie du corps.

La faiblesse musculaire, la lassitude générale sont des symptômes précoces et très marqués, la faculté de serrer avec les mains, de marcher, est très diminuée dans les cas graves. J'ai connu un malade, très bon marcheur d'ordinaire, qui sous l'influence de ce poison mit trois heures pour faire quelques milles. La démarche est souvent celle des hommes ivres ; les malades disent qu'ils ne savent où sont leurs jambes ; s'ils tombent, ce qui arrive souvent, ils ne peuvent se relever. Si on leur fait fermer les yeux et marcher à reculons, ils vacillent. Je n'ai pu découvrir d'autres symptômes d'ataxie, ni déterminer si un groupe de muscles est plus particulièrement atteint.

Le Dr Ross (Medical Chronicle, May 1889), a établi qu'il existe un épuisement considérable de quelques muscles, et que les mouvements fins et déliés des mains sont très limités.

La transmission du toucher et de la douleur ne semble pas retardée. Le goût et l'ouïe sont intacts ; j'ai presque toujours trouvé le réflexe du crémaster et de l'ombilic : je n'ai jamais pu produire la convulsion du cou de-pied. Le réflexe du genou est très variable ; dans quelques cas il demeure bien marqué et se produit facilement : dans d'autres il est indistinct ou même complètement disparu. J'incline à croire que le plus souvent il est affaibli, surtout dans les cas graves ; on rencontre en général une grande dépression ; l'appétit sexuel est très diminué, même aboli ; les érections sont très rares. Le sang est foncé en couleur, et s'il survient quelque hémorrhagie dans des cas graves, il est noir.

Les urines sont caractéristiques et, dès le début, elles sont foncées, épaisses, et même quelquefois aussi colorées que du vin de Porto.

Le poids spécifique est d'environ 1,030. Si on les laisse déposer il se forme des cristaux blancs, plats, carrés, dont je n'ai pu déterminer la nature, mais qui sont probablement formés d'acide urique. L'urine a une légère odeur d'amandes amères. M. Ransome, de Morecamhe, a obtenu d'une façon manifeste la coloration bleue de l'érythrophénate de sodium en traitant les urines par l'hypophosphate de soude et l'acide phénique.

L'acide nitrique détermine quelquefois et rapidement un précipité abondant de nitrate d'urée. Il produit encore des colorations variées. J'ai recherché deux fois la réaction du guaiac sur le sang, mais sans succès.

On n'observe rien du côté des yeux. Les pupilles sont quelquefois inégales, mais elles réagissent bien à la lumière, et l'accommodation est parfaite. M. Williams, de Liverpool, a trouvé le fond de l'œil normal. Le champ visuel et la perception des couleurs sont intacts. Ce qui concorde bien avec les observations faites en Allemagne.

The Practitioner July, p. 14.

(Traduit par le Dr J. Sourice.)

REVUE DES JOURNAUX

Emploi thérapeutique de la lumière électrique

Voici une application nouvelle et curieuse de la lumière électrique au traitement des névralgies. Le Dr Stan. Stein, de Moscou, rapporte une série de 14 cas de diverses affections douloureuses traitées avec succès par le procédé.

L'appareil dont il s'est servi est une lampe électrique à incandescence, de faible intensité, — 3 ou 4 volts, — munie d'une poignée convenable et d'un réflecteur en

forme d'entonnoir de 4 à 6 centimètres de long sur 2 à 3 de large, à l'intérieur duquel est fixée la lampe.

Le réflecteur est appliqué directement sur la région douloureuse. Dans les cas de douleur de tête, l'illumination n'a duré que 10 ou 15 secondes ; dans les autres régions du corps, de 1 à 5 minutes ou même plus longtemps, jusqu'à ce que le malade commence à se plaindre d'une sensation de chaleur intense.

Dans tous les cas, les effets ont été remarquables. Une femme de 50 ans, souffrant d'un violent lumbago, a été guérie en 4 séances, de 5 minutes chacune, 2 fois par jour. Chez une femme nerveuse qui se plaignait de douleurs violentes du pied et du cou-de-pied droits, 2 illuminations d'une durée de 5 minutes ont enlevé les douleurs comme par enchantement.

Chez un malade, atteint de tuberculose pulmonaire et laryngée, avec toux incessante, chez lequel tout avait échoué, même la morphine à la dose de 5 centigrammes par jour, l'illumination extérieure du larynx et des 2 côtés du cou, pendant 10 à 15 secondes, répétée quotidiennement, a réduit les quintes de toux à 2 ou 3 dans les 24 heures. — (*Médecine moderne*, 20 nov. 1890.)

Propriétés tœnifuges de la noix de coco

Le professeur Paresi, d'Athènes, rapporte que, voyageant en Abyssinie, il découvrit par hasard que la noix de coco ordinaire possède, à un remarquable degré, la propriété vermifuge. Un jour qu'il avait pris une quantité de jus et de pulpe, il éprouva bientôt un malaise d'estomac de courte durée ; mais il eut la diarrhée et fut surpris de voir qu'il avait expulsé un tænia complet avec la

tête, complètement mort. De retour à Athènes, il multiplia les essais ; tous furent satisfaisants ; le tænia était toujours expulsé et bien mort. Depuis lors il ordonne de prendre le matin de bonne heure, à jeun, le lait et la pulpe d'une noix de coco ; il ne prescrit aucun purgatif et ne fait pas garder la chambre.

Dans l'Inde, la noix de coco est employée depuis quarante générations par les mangeurs de bœufs du pays et elle y est universellement connue comme moyen d'expulser le ver plat ; convenablement préparée et administrée, elle est aussi efficace et moins désagréable que la fougère mâle, la racine de grenadier, etc.

(*Journal de la Soc. de médecine et de pharmacie de la Haute-Vienne*, juin 1890.)

Varices de l'œsophage ; hématémèse

Nous trouvons sur cette question dans la *Médecine moderne* un mémoire de notre ancien collègue Letulle, que nous allons résumer.

Depuis la thèse de Gubler on considérait, surtout en France, les varices de l'œsophage comme consécutives à une cirrhose alcoolique ; il existait cependant une observation de Le Diberder dans laquelle un malade, qui avait eu des hématémèses causées par des varices œsophagiennes, ne présentait pas de cirrhose à l'autopsie, et une observation d'un enfant ayant succombé à l'âge de 10 ans et demi à la suite d'hématemèses répétées provenant de varices œsophagiennes, enfant atteint d'impadulisme chronique.

Il résulte des faits précédents que les varices de l'œsophage peuvent exister en dehors de la cirrhose alcoolique et que leur ulcération produit des hématémèses.

Le Dr Letulle publie l'observation très détaillée d'un alcoolique, ayant eu une dyspepsie avec ascite, guérie spontanément, puis des hématémèses répétées, qui ont fini par causer la mort. L'autopsie suivie d'examen microscopique a démontré qu'il était absolument exempt de cirrhose, ce qui est à l'appui de ce que nous disions plus haut. La rate par contre était fortement hypertrophiée.

L'intérêt surtout de l'observation est de nous montrer les signes qui ont permis au Dr Letulle de reconnaitre que les hématémèses de son malade provenaient de varices œsophagiennes et non d'une gastrite ulcéreuse chronique, comme on l'avait diagnostiqué avant lui.

« Un fait qui me frappa, dès les premiers examens que je pus pratiquer dans mon service, fut l'intégrité apparente des divers organes de l'abdomen. Sauf la rate qui était énorme, puisque sa matité mesurait 28 centimètres de hauteur sur la ligne axillaire, tout le reste du ventre n'offrait que des signes négatifs : pas trace d'ascite ni d'adhérences péritonéales ; pas de tuméfaction ni d'atrophie notable du foie ; pas de troubles digestifs : l'estomac supportait merveilleusement le régime lacté et l'appétit était excellent ; les digestions étaient parfaites ; pas trace de circulation anormale dans toute l'étendue du système veineux sous-cutané, de l'abdomen et du thorax. Les urines, rendues en quantité notable, étaient toujours normales. Les anciennes douleurs épigastriques avaient même disparu.

« En présence d'un complexus symptomatique aussi tranché, sur ce terrain alcoolique manifeste, après avoir éliminé l'impaludisme chronique qui aurait pu, sans doute, expliquer la splénomégalie, et après m'être assuré par l'examen réitéré du sang que la leucocythémie n'était

pas en cause, je me décidai à rejeter le diagnostic d'ulcère simple de l'estomac prédécemment posé ; je recherchai si la coexistence de varices veineuses de l'œsophage ou de l'estomac et d'une cirrhose hépatique ne pourrait pas être démontrée.

« Les premières hématémèses auxquelles il me fut bientôt donné d'assister confirmèrent pleinement mes doutes. C'était par véritables crises hémorrhagiques, par *poussées congestives* que se produisaient, dès cette époque, les hémorrhagies formidables qui mirent pourtant encore plus de deux années à enlever le malade.

« Très habituellement, le patient était prévenu un ou deux jours d'avance de la prochaine perte de sang : son estomac devenait douloureux ; sa rate dure et ligneuse semblait se tuméfier, le foie demeurait silencieux et plutôt petit. En même temps l'abdomen se ballonnait, la constipation se montrait, l'appétit cessait et fréquemment des crises de douleurs aiguës, irradiant de l'épigastre ou de l'ombilic jusque dans les deux épaules et même aux plis des coudes, s'établissaient pendant plusieurs heures, une nuit, ou une matinée entière. Alors *tout à coup, le sang arrivait à flots dans la bouche, s'échappant par le nez sans efforts de vomissements, presque sans nausées* ; c'était, pour ainsi dire, une épistaxis formidable accompagnée de stomatorrhagie. On avait l'impression formelle que le sang qui affluait ainsi d'un coup dans la cuvette ne constituait pas une véritable hématémèse, pas plus d'ailleurs qu'une hémoptysie. Il s'agissait vraisemblablement d'une *œsophagorrhagie* violente, de courte durée, ne s'accompagnant d'ailleurs et n'étant jamais suivie d'aucun vomissement alimentaire. Par contre, les melæna étaient

fréquents rejetant dans les heures suivantes une grande quantité de sang digéré.

« Ce tableau symptomatique n'a jamais varié. Les accès hémorrhagiques, préparés par ce molimen si curieux, pouvaient donner lieu à une seule ou à plusieurs émissions de sang. Il était rare que la crise une fois constituée durât plus de 2 journées. Le malade sortait de ces accès, exangue, anéanti, triste, brisé par les douleurs signalées précédemment. Puis, au bout de 4 ou 5 jours d'immobilité absolue, nourri de lait glacé, couvert de ventouses, il se reprenait à vivre, retrouvait son appétit et se mettait consciencieusement à ses 3 ou 4 litres de lait par jour et à l'iodure de potassium. »

Nous avons mis en italiqne les symptômes particuliers de ces hématémèses, ceux qui, selon nous, les caractérisent le mieux.

Action toxique de l'antipyrine

Le Dr Salinger rapporte (1) l'observation d'une malade atteinte de néphrite interstitielle avec céphalalgies violentes, pour lesquelles on ordonna de prendre 30 centigrammes d'antipyrine toutes les 3 heures, jusqu'à cessation du mal de tête. Cinq minutes après avoir pris la première dose, la malade se sentit mal aise, se plaignant d'élancements dans la tête. La respiration devint courte, difficile, les lèvres, la langue commencèrent à enfler d'une façon considérable. Plus tard, respiration de Cheynes-Stokes, pouls rapide, faible, irrégulier ; température 38°,5, contractions spasmodiques des muscles du

(1) *Americ. Jour. of. med. Sciences*, mars 1890.

cou, de la face et du larynx, avec intermittences de 1 à 2 minutes. Guérison après une injection de morphine. Le lendemain, éruption sans démangeaisons. L'état subcomateux dure 36 heures. Vers le 3e jour, on aperçoit une fausse membrane blanche se former sur la langue, les lèvres et le pharynx, commençant par des taches rondes s'unissant les unes aux autres. Si l'on enlevait cette membrane, la muqueuse située au-dessous saignait et elle se reproduisait rapidement. La malade se plaignait de douleur à la déglutition. Température : 38°,3 à 39°,4. Le 4e jour, expectoration d'une grande quantité de pus fétide. En examinant la bouche de la malade, l'auteur compta 13 petits abcès différents sur les amygdales, les gencives, la base de la langue. Deux mois après, à l'occasion d'un mal de tête violent, la malade reprit 30 centig. d'antipyrine, et les mêmes accidents réapparurent (frissons, pouls rapide, gonflement des lèvres et de la langue, contractures des muscles de la face et du cou, urticaire). Trois mois après, la malade reprit de l'antipyrine et présenta les mêmes symptômes.

Le Dr Youg rapporte (1) un cas d'empoisonnement chez un individu de 43 ans, atteint de céphalalgie, auquel il avait prescrit seulement 40 centigr. d'antipyrine. Trois minutes après avoir pris ce médicament, il se plaignait d'une sensation bizarre au milieu des narines ; quelque temps après, il fut pris d'oppression, de dyspnée, avec douleur dans le cou, les bras, les aines, puis de vertige, de nausées, de troubles de la vue. Après un traitement convenable les troubles disparurent au bout de 2 ou 3 heures. (*Progrès médical*, 6 sept. 1890.)

(1) *Med. Record*, avril 1890.

Anémie par intoxication chronique par l'antifébrine

Pour un malade atteint de nécrose du tibia, chez lequel les douleurs étaient extrêmement intenses, le Dr Suttle prescrivit de l'antifébrine à larges doses pendant 18 mois. Le malade était devenu pâle, très anémié ; les globules sanguins rouges étaient considérablement diminués. Il prenait par jour environ plein une cuiller à café du médicament pur. Après chaque dose, il devenait très pâle. les lèvres et les doigts blémissaient. Pendant tout ce laps de temps, il absorba 1,800 grammes d'antifébrine. (*Progrès médical.* 6 sept. 1890.)

Traitement de la diphthérie par l'inoculation du micrococcus érysipélateux.

Le Dr Babtehinsky a observé trois cas d'angine couenneuse avec propagation aux fosses nasales, dont un à forme gangréneuse, guéris sous l'influence de l'érysipèle survenu au cours de la maladie. Ces résultats lui donnèrent l'idée d'inoculer l'érysipèle aux malades atteints de diphthérie (*Wratch*, 1890).

Avec une épingle à vaccin il recueillit quelques gouttes de sang sur une plaque érysipélateuse et les inocula, dans la région sous-maxillaire, à un petit garçon atteint d'angine diphthéritique.

Douze heures après, à l'endroit de l'inoculation, rougeur augmentant d'étendue et se répandant sur toute la face, gonflement des glandes sous-maxillaires, chute de la température, disparition des fausses membranes, puis guérison.

L'auteur a pratiqué quatorze inoculations avec les

micrococcus cultivés sur l'agar-agar par M. Janovsky. Des quatorze malades deux sont morts, l'un trois et l'autre cinq heures après l'inoculation.

Chez les autres, l'érysipèle se développa au bout de quatre, six, huit et douze heures; sa marche fut faible, sa rougeur moins intense que d'habitude et sa guérison rapide. Ordinairement, à mesure que le processus érysipélateux se développe, les glandes cervicales diminuent de volume, la température baisse, les fausses membranes disparaissent, les malades ont moins de difficultés pour avaler, l'écoulement du nez cesse. Il existe aussi une rougeur diffuse du pharynx. Tous ces phénomènes s'observent au bout de vingt-quatre heures. (*Revue gén. de clin. et de thérap.*)

Un nouveau traitement du choléra.

Le Dr Alex. Hackin considère le choléra asiatique, le choléra nostras et le choléra infantile comme une seule maladie à des degrés différents. S'appuyant sur les opinions de quelques auteurs et en particulier sur celle de Claude Bernard, pour qui « l'algidité et les symptômes de collapsus dépendent de l'hypertrophie considérable du système nerveux sympathique », l'auteur conclut que les accidents de choléra sont sous la dépendance du grand sympathique. En conséquence il lui semble « que l'on pourrait trouver, dans l'antagonisme des nerfs pneumogastriques, le moyen d'enrayer l'action des nerfs sympathiques dans le choléra ».

L'auteur propose donc de stimuler l'action du pneumogastrique en appliquant « avec un pinceau la liqueur épispastique de la pharmacopée britannique sur les branches des pneumogastriques du cou, sur les apophyses mas-

toïdes, sous l'oreille, et cela sur trois pouces d'étendue. L'effet est généralement instantané ; les selles, les crampes, les vomissements cessent ; le pouls renaît, la chaleur revient. Le malade s'endort, et tous les phénomènes morbides sont annihilés bien avant que l'on voie apparaître la vésication ».

La liqueur épispastique dont parle l'auteur est une teinture éthérée de cantharides qui se fait de la manière suivante : « On mélange 150 grammes de cantharides pulvérisées avec 90 grammes d'éther acétique. On place le tout dans un percolateur, et au bout de vingt-quatre heures, on ajoute de l'éther acétique. On laisse égoutter le liquide lentement jusqu'à ce qu'on ait obtenu 600 grammes de liquide. »

A l'appui de l'efficacité de ce traitement, le Dr Hackin rapporte quelques faits : il a guéri de cette façon tous les cas de choléra nostras qu'il a eu à traiter en Angleterre depuis 1866. Ce moyen a été employé dans les hôpitaux de Malte pendant l'épidémie de 1887 et le Dr Ugliott en dit beaucoup de bien : « Il a souvent réussi dans des cas graves où tous les autres traitements avaient échoué, non seulement entre mes mains, mais encore entre celles de mon ami, le Dr Cannataci, à l'hôpital Zeitum... Ma conviction bien sincère est qu'il nous a permis d'arracher plusieurs malades à la mort. »

Ce traitement est simple, il peut être employé concurremment avec nos médicaments, qui nous donnent de bons résultats, mais qui ne sauraient guérir toujours ; nous ne voyons pas pourquoi on ne pourrait pas l'expérimenter.

Dr Marc Jousset.

VARIÉTÉS

Galvano-puncture dans les adénites

Nous empruntons cet article de notre confrère Imbert de la Touche à la *Revue internationale d'électrothérapie* (*n° de novembre* 1890).

Frappé des résultats électrolytiques obtenus par le Dr G. Gautier dans la cure des adénites, je me promis, à la première occasion, d'essayer ce mode de traitement. Voici une observation qui me semble d'autant plus concluante que le patient avait été soumis pendant plusieurs mois à divers traitements restés inefficaces.

M. X..., âgé de 20 ans, présentait dans la région cervicale des adénites multiples, dont trois au moins atteignaient le volume de la moitié d'une orange de moyenne grosseur ; elles étaient assez volumineuses pour faire craindre à la mère du jeune malade qu'il n'étouffât, enserré dans ce collier pathologique.

Après l'essai infructueux de toutes les pommades résolutives, il avait été opéré par le bistouri et de plus il avait subi le curettage à l'hospice de l'Antiquaille sans aucun résultat. Lorsqu'il se présenta devant le Conseil de revision, en mai 1890, il fut réformé sans hésitation.

Aussitôt après la décision du Conseil, je commençais le traitement (10 mai 1890.)

Suivant les indications de notre excellent confrère, le Dr Gautier, je fis une puncture avec une aiguille de platine, en introduisant le pôle positif ou hémostatique deux centimètres environ dans une première glande de consistance

assez dure, le pôle négatif, venant aboutir dans un gâteau de terre glaise qui entourait la tumeur. L'opération dura cinq minutes et j'utilisais 5 milliampères. L'aiguille retirée, après avoir lavé soigneusement, j'appliquais un linge collodioné sur la piqûre. Au préalable, j'avais trempé l'aiguille dans un liquide antiseptique. Le malade supporta fort bien la première séance sans éprouver de trop vives brûlures. Trois ou quatre jours après, l'adénite avait diminué de la moitié de son volume.

Le 14 mai, je procédais à une nouvelle galvano-puncture dans une glande plus molle que la précédente, — 10 minutes ; intensité : 10 à 15 milliampères. — Au bout de deux jours, elle donna irruption à un pus très abondant, puis elle rétrocéda assez rapidement.

Le 18 mai, je fis une troisième puncture de l'autre côté du cou, montant progressivement suivant la tolérance du sujet de 10 à 25 milliampères pendant dix minutes.

Le 29 mai, je renouvelais pour la dernière fois l'opération dans une autre glande, — même durée et même intensité.

La quatrième adénite ponctionnée diminua en peu de jours et, avec elle, les autres glandes cervicales plus petites, qu'il devint inutile d'opérer. Dans le courant de juin les glandes s'effacèrent de plus en plus et actuellement, on n'aperçoit que la cicatrice ancienne, traces du bistouri et de la curette.

M. X... a repris sa profession de voyageur de commerce et sa transformation est complète.

De plus, *son état général est excellent.* J'insiste sur cette dernière particularité car, dans ces cas, non seulement l'électricité a pour résultat de favoriser la résolution des adénites, mais encore il me semble que, sous l'influence

de ce fluide vivifiant, les patients reprennent une activité et une vigueur nouvelles.

De récentes punctures dans des adénites, kystes et hypertrophies du col sont venues confirmer cette manière de voir.

Du reste, le professeur Georges M. Beard, dans un travail lu devant the Medical and Obstetrical Section of the American Medical Association (Philadelphie, 8 mai 1872), a démontré qu'on obtient, à l'aide de la faradisation générale ou de la galvanisation centrale « powerful stimulating tonic effects », consistant dans le relèvement de l'appétit, de la force musculaire et mentale ; ne serait-on pas en droit de supposer avec une certaine vraisemblance que, si on constate de tels résultats par l'application seule du courant sur l'épiderme, on ne puisse obtenir des effets plus immédiats et plus durables en faisant pénétrer le fluide dans les tissus par la galvanopuncture ? D^r Imbert de la Touche.

La variole et la vaccination

L'Académie discute depuis plusieurs mois la question de la dépopulation et notre savant confrère et ami le Dr Piedvache a rendu compte de ces discussions ; un des éléments de la question est la diminution de la mortalité, or on pourrait réduire à 0 la mortalité par la variole qui emporte encore chaque année un trop grand nombre de nos compatriotes. Les lois qui obligent à la vaccination et à la revaccination les Allemands et les Suisses ont déjà produit des résultats très favorables. Nous trouvons dans la *Revue de clinique et de thérapeutique* un nouveau fait à l'appui de cette manière de voir.

« De 1870 à 1878, on a compté en Hollande 29,575 décès par la variole. Depuis, on a rendu la loi sur la vaccination plus sévère et la mortalité variolique a été en s'atténuant tous les ans. Pendant l'année 1890 (?), on a enregistré seulement un décès variolique pour tout le pays. »

Les chiffres parlent d'eux-mêmes.

Dr MARC JOUSSET.

BIBLIOGRAPHIE

TRANSACTIONS DE LA 14e SESSION ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE HOMŒOPATHIQUE DE L'ÉTAT DE CALIFORNIE.

Nos confrères de San-Francisco nous envoient un compte rendu complet de leur réunion annuelle qui nous montre qu'ils sont en pleine prospérité et qu'ils s'occupent de toutes les branches de la médecine.

Cette Société comprend 79 membres ; les travaux qu'ils ont publiés dans ce compte rendu sont très intéressants ; nous donnerons dans notre prochain numéro la traduction d'un des mémoires discutés dans cette réunion.

Dr. M. J.

NÉCROLOGIE

Mort du Docteur Soustre

Nous avons eu la douleur de perdre notre ami et notre élève, le docteur Soustre.

Nous tenons à rendre hommage, dans ce journal, à ce soldat du devoir, mort encore obscur, mais que le travail devait amener un jour aux premiers rangs.

Né dans une famille où le pain de chaque jour était le fruit d'un travail opiniâtre du père de famille, il connut de bonne heure les difficultés de la vie. Il fit ses humanités au lycée de Clermont et commença la médecine dans cette ville, sous la direction de notre ami, le professeur Imbert-Gourbeyre. Au bout de deux ans ses études furent interrompues par le service militaire; cinq ans après il reprit ses études, et vint les achever en qualité d'interne à notre hôpital St-Jacques. C'est là où il nous fut donné de l'apprécier.

S'il était plein de zèle pour ses études médicales, il avait pour les malades un dévouement digne d'une sœur de charité, et, dans les cas graves, il était jour et nuit à la disposition des malades.

Enfin, il fut reçu docteur, et s'établit dans un quartier populeux de la ville de Paris; là, grâce à un travail assidu, au zèle qu'il apportait dans ses fonctions de médecin, il réussit à se créer une clientèle. Puis, au moment où les grandes difficultés du début lui semblaient surmontées, il fut frappé à mort, et, comme les vaillants, il mourut sur la brèche.

Dr P. Jousset.

RÉPERTOIRE

DE MATIÈRE MÉDICALE ET DE THÉRAPEUTIQUE

Lavements d'eau salée contre l'anémie post-partum. — Plusieurs médecins ont employé ce moyen lorsque les hémorrhagies post-partum amènent un état inquiétant ; ils en ont éprouvé de bons résultats. Dans un cas rapporté par Heer, à la *Société vaudoise de médecine*, on a injecté dans le rectum deux litres d'eau contenant une cuillerée à café de sel par litre. Ce procédé pourrait remplacer les injections sous-cutanées d'eau salée qui sont douloureuses. (*Revue gén. de clin. et de thérap.*)

Traitement de l'épithélioma cutané par la résorcine. — M. Luciani rapporte deux cas d'épithélioma du visage, l'un siégeant sur le front, l'autre sur la lèvre, les tumeurs étaient ulcérées. (*La Riforma medica*, 3 juillet 1890.)

Le traitement consista en lotions avec la solution boriquée à 4 pour 0/0, suivies de l'application d'une pommade ainsi formulée :

Résorcine..... 30 gr.
Vaseline...... 100 —

Les douleurs disparurent ; l'ulcération changea d'aspect et finalement on obtint une belle cicatrice dans l'espace d'un mois environ. (*Rev. gén. de clin. et de th.*)

Traitement du coma diabétique par les injections intra-veineuses de bicarbonate de soude. — Chez un malade acétonurique et dont l'urine contenait 3,6 pour cent de sucre et de l'albumine, le coma était complet, la respiration stertoreuse et le pouls rapide s'élevait à 160.

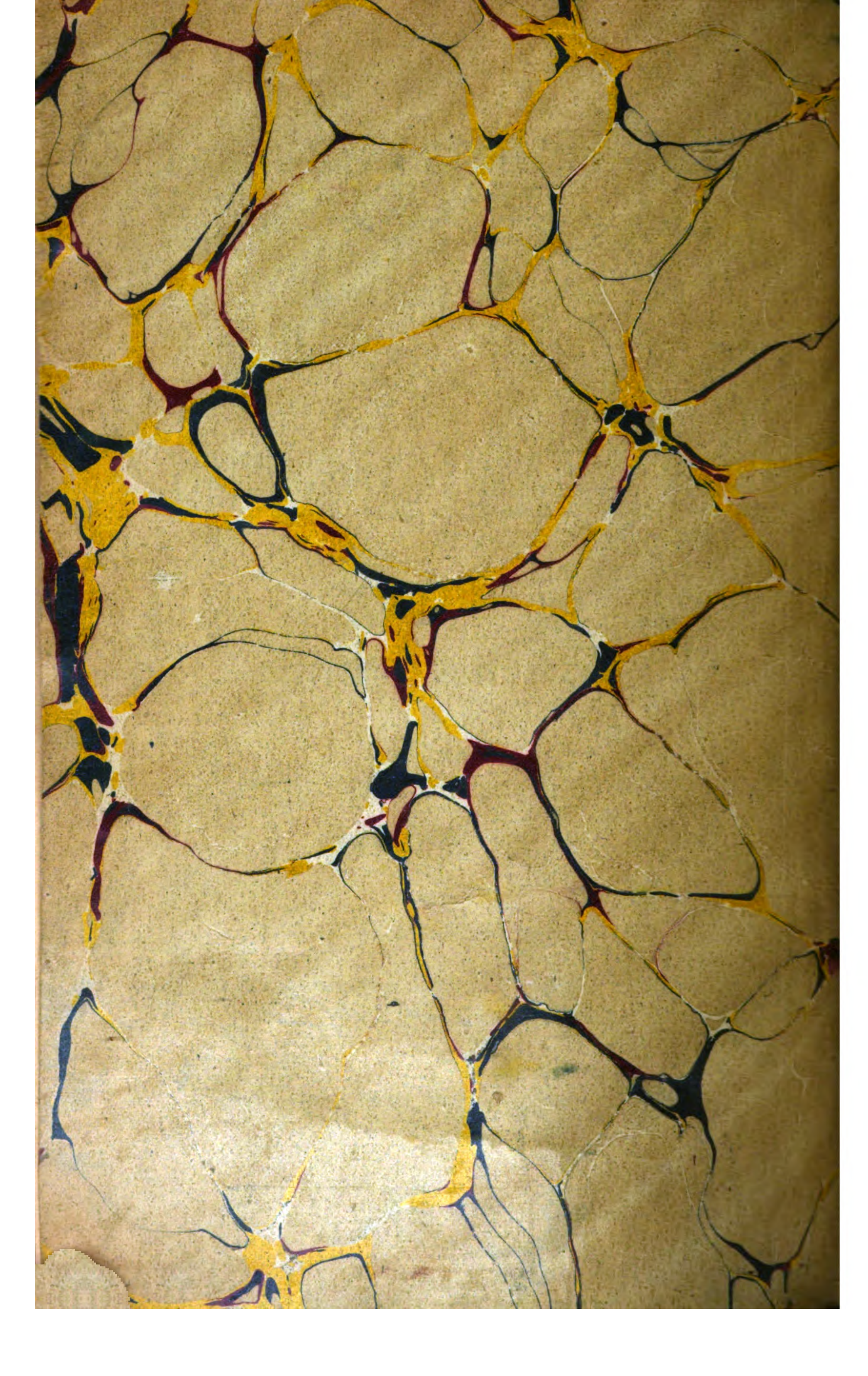
Le Dr Chadbourne ouvrit la veine céphalique et injecta trente onces d'une solution aqueuse de bicarbonate de soude à cinq pour cent. Le pouls descendit à 120, et le coma cessa. Mêmes accidents le lendemain, même traitement et même succès. Le surlendemain, retour des accidents ; la famille refuse de laisser pratiquer une nouvelle injection. Le malade succombe. (*The Lancet*, 19 juillet 1890.)

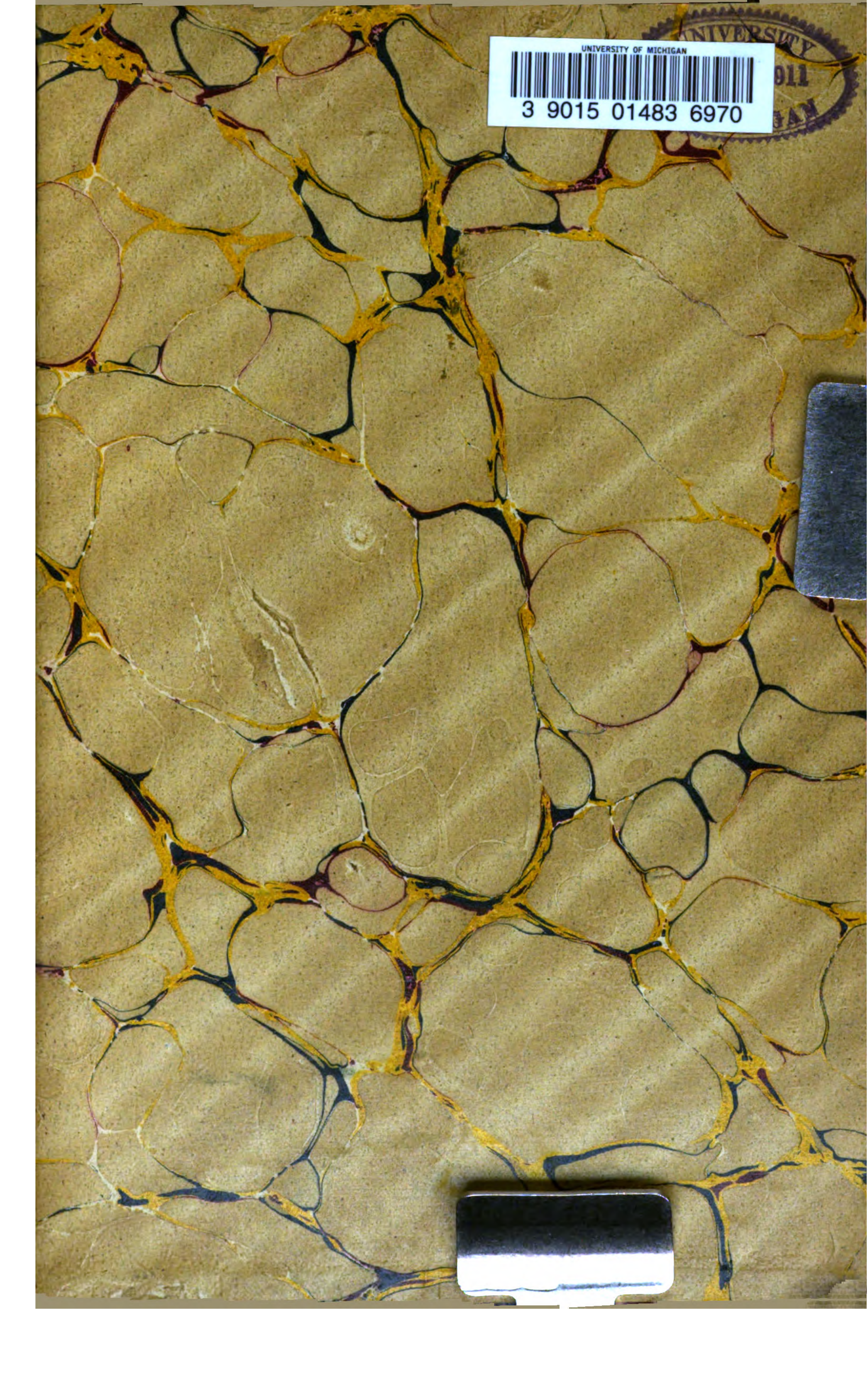
Anesthésie locale par l'éther phéniqué. — Robertson recommande de pulvériser une solution éthérée d'acide phénique au 100e ; l'anesthésie serait beaucoup plus considérable que par l'éther seul. (*Rev. gén. de cliniq. et de thérap.*, 12 nov.)

TABLE DU TOME LXXI DE L'ART MÉDICAL.

Le Directeur-Gérant. **P. Jousset.**

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — Téléphone.




UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 01483 6970